Educação Alimentar Nutricional Gerontogeriátrica:

Baseada no Discurso do Sujeito Coletivo de Idosos com Síndrome Metabólica

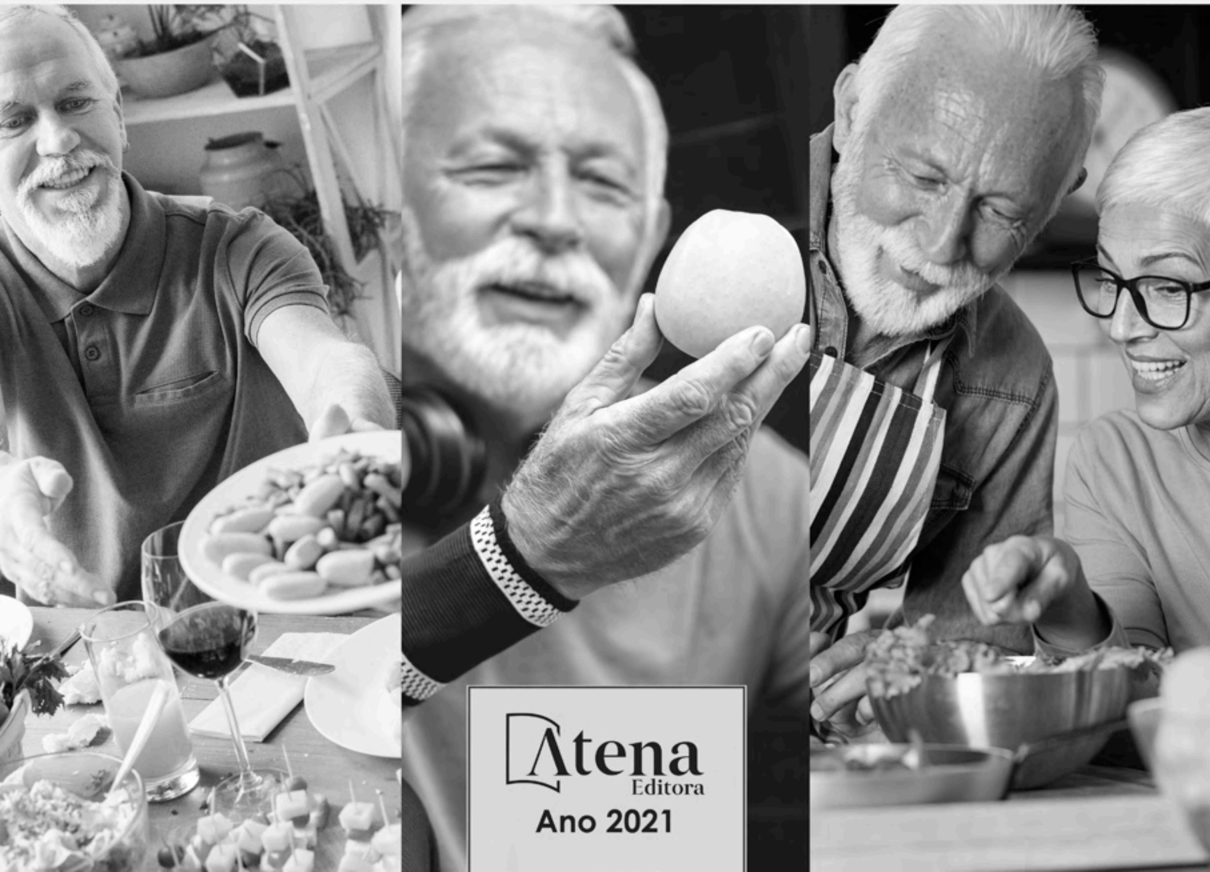
Alessandro Ribeiro Mendes



Educação Alimentar Nutricional Gerontogeriátrica:

Baseada no Discurso do Sujeito Coletivo de Idosos com Síndrome Metabólica

Alessandro Ribeiro Mendes



Atena
Editora
Ano 2021

Editora chefe
Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira
Editora executiva
Natalia Oliveira
Assistente editorial
Flávia Roberta Barão
Bibliotecária
Janaina Ramos
Projeto gráfico
Camila Alves de Cremo
Luiza Alves Batista
Maria Alice Pinheiro
Natália Sandrini de Azevedo
Imagens da capa
iStock
Edição de arte
Luiza Alves Batista

Atena Editora
Ano 2021

Ciências Biológicas e da Saúde

Atena Editora
Ano 2021

Ciências Biológicas e da Saúde

Educação alimentar nutricional gerontogeriátrica: baseada no discurso do sujeito coletivo de idosos com síndrome metabólica

Diagramação:	Maria Alice Pinheiro
Correção:	Maiara Ferreira
Indexação:	Gabriel Motomu Teshima
Revisão:	O autor
Autor:	Alessandro Ribeiro Mendes

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

M538 Mendes, Alessandro Ribeiro
Educação alimentar nutricional gerontogeriátrica: baseada no discurso do sujeito coletivo de idosos com síndrome metabólica / Alessandro Ribeiro Mendes. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2021.

Formato: PDF
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader
Modo de acesso: World Wide Web
Inclui bibliografia
ISBN 978-65-5983-576-8
DOI: https://doi.org/10.22533/at.ed.768210810

1. Geriatria. 2. Idosos - Nutrição. 3. Terceira idade. 4. Educação alimentar e nutricional. 5. Promoção da alimentação adequada e saudável. 6. Síndrome metabólica. I. Mendes, Alessandro Ribeiro. II. Título.

CDD 618.97

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná – Brasil
Telefone: +55 (42) 3323-5493
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

Atena Editora

Ano 2021

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.

Atena
Editora
Ano 2021

DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access, desta forma* não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce,* ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.

Atena Editora
Ano 2021

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais, Nestor Mendes e Celina Ribeiro Mendes, que com seu amor e apoio incondicional colocaram determinação e perseverança em cada um dos meus passos para realizar os meus sonhos.

AGRADECIMENTOS

Aos professores Regiane Cardoso de Paula e Fernando Lefèvre pela orientação no processo de aprendizado tranquilo, contínuo e edificante da presente pesquisa qualiquantitativa na área de alimentação e nutrição em gerontologia.

À professora Vera Socci pela escuta qualificada e acolhimento, desde o primeiro contato, nesse pioneiro e conceituado Mestrado em Psicogerontologia no país.

Aos professores, funcionários e discentes do Instituto Educatie de Ensino e Pesquisa pela atenção, aprendizado e apoio mútuo nesta jornada da vida.

Em especial, à coordenadora, profissionais da equipe multidisciplinar, funcionários e pacientes (educandos) do Programa Diabetes, Eu Cuido... Minha eterna gratidão!!!

“A comida é, primeiro de tudo, uma necessidade; quem não come, morre; E para comer, a humanidade aprendeu primeiro a caçar e depois, a produzir da terra o alimento. Todavia, não se produz nada sem lembrar que a terra é de Deus”.

Êxodo, 19,5

APRESENTAÇÃO

A busca por novas estratégias para o enfrentamento saudável do processo do envelhecimento nas Doenças Crônicas Não Transmissíveis tem se tornado o motivo da minha escolha pelo aprimoramento profissional e acadêmico no campo da gerontologia. O atendimento ambulatorial de nutrição clínica e de apoio individualizado foi estratégia usada em um primeiro contato com idosos portadores de Síndrome Metabólica, no qual aprendi que a escuta qualificada e o acolhimento em grupos de apoio mútuo eram o "caminho" para compreendê-los melhor e conquistar sua confiança, pois, na maioria das vezes, encontravam-se fragilizados com problemas do próprio cotidiano.

As práticas de Educação Alimentar e Nutricional no cenário contemporâneo pautam-se na transmissão de informações sobre alimentação, nutrição e saúde, e não favorecem a criação de novos sentidos para o ato de comer e a ressignificação de práticas alimentares cotidianas mais saudáveis. Assim, o presente trabalho tem o objetivo de avaliar a percepção de idosos portadores de Síndrome Metabólica participantes de um grupo de Educação Alimentar e Nutricional, sobre a eficácia de um programa de intervenção nutricional para Promoção da Alimentação Adequada e Saudável, na terceira idade, bem como promover uma prática reflexiva dos sujeitos sobre si e sobre as questões pertinentes às práticas alimentares cotidianas com autonomia e independência.

A dissertação está estruturada em quatro sessões sob o respaldo das Diretrizes do Manual de Normas para Elaboração de Trabalhos Acadêmicos (2015) do Instituto Educatie de Ensino e Pesquisa: 1) **Trabalho Teórico** que revisa o conceito da Síndrome Metabólica, o comportamento alimentar dos idosos e a Educação Alimentar e Nutricional no cenário das políticas públicas de saúde, bem como contextualiza a atuação do nutricionista na Atenção Básica de Saúde no município de Pindamonhangaba; 2) **Pesquisa de Campo** que inclui os objetivos detalhando os propósitos e descreve os procedimentos metodológicos da pesquisa; 3) **Resultados e Discussões** que apresentam e detalham os resultados obtidos frente aos objetivos propostos pelo estudo; 4) **Conclusão** que resume os principais achados do estudo e ainda apresenta sugestões para novas pesquisas.

SINOPSE

Usualmente, as práticas de Educação Alimentar e Nutricional (EAN) pautam-se na transmissão de informações sobre alimentação, nutrição e saúde e, pouco favorecem a criação de novos sentidos/sentimentos para o ato de comer nem a ressignificação de práticas alimentares saudáveis e acessíveis ao cotidiano de idosos, que na maioria das vezes, encontram-se fragilizados com problemas psicossociais e econômicos.

Observando que o diálogo bidirecional e a troca de conhecimentos científico e cultural entre educandos (pacientes) e educador em saúde (nutricionista) promovia melhoras no quadro clínico e no comportamento alimentar de ambos, surgiu o interesse do autor em descrever sua Dissertação de Mestrado em Psicogerontologia baseada no Método Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). O presente estudo qualiquantitativo teve como objetivo central avaliar a percepção de idosos portadores de Síndrome Metabólica sobre a eficácia de um programa de intervenção nutricional para a Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS) na Terceira Idade.

A obra apresenta um Programa de EAN "PRATO SAÚDE BRASIL" para o ensino-aprendizado da EAN pelos profissionais do binômio saúde-educação que, em suma, visa estimular a prática autônoma e voluntaria de hábitos alimentares saudáveis por idosos portadores de Síndrome Metabólica. O programa é composto por uma Brinquedoteca de Alimentos e um Jogo de Pratos Coloridos, que instrumentaliza os educandos na elaboração compartilhada de 6 refeições: Café da Manhã de Rei, Lanche de Coringa, Almoço de Rainha, Café da Tarde de Príncipe, Jantar de Princesa e Ceia de Mendigo.

PREFÁCIO

Em 2006, quando iniciei os primeiros esboços do que hoje é o “Programa Diabetes, Eu Cuido”, percebi que a nutrição seria um dos pilares mais importantes desse projeto. Tal segmento, exigiria profissionais de saúde altamente comprometidos não apenas com o ensino-aprendizado sobre os alimentos, nutrientes, refeições, fracionamentos, etc., mas especialmente, com a Alimentação Saudável.

Nossa equipe deveria ser formada por pessoas capazes de amar acima de tudo cada pessoa (paciente). Elas também precisariam compreender, o que está por trás dos respectivos hábitos alimentares cotidianos, pois eles são formados com base em fatores sociais, culturais e econômicos, por exemplo.

Neste momento, creio que Deus escolheu a dedo o querido Alessandro. Ele tem a combinação perfeita entre Educação e Nutrição, amor pelas pessoas, pelo trabalho e comprometimento total com nosso propósito em equipe como educadores em saúde.

Ao ler a obra do Alessandro, identifiquei-me imediatamente com a proposta dele: resgatar e desenvolver o autocuidado e ainda, ressaltar a importância da autonomia e independência dos idosos ao escolher e preparar a própria alimentação no dia a dia.

Acredito que Educação em Saúde seja a base para o tratamento das doenças metabólicas. É interessante ver como a informação nutricional com referência nas cores dos grupos alimentares facilita em muito o entendimento sobre a melhor forma de montar um prato colorido e nutritivo. Por meio dela, é possível fazer escolhas mais saudáveis e ser bem-sucedido na mudança gradativa dos hábitos alimentares.

Eu me lembro que, logo no início do nosso trabalho educativo, buscávamos as formas mais simples e didáticas para levar os pacientes (educandos) à compreenderem toda informação transmitida durante os encontros. E, esse esforço coletivo rendeu e rende ótimos frutos até hoje.

Fico muito feliz e até emocionada com o depoimento de cada pessoa presente nas reuniões, mesmo enfrentando dificuldades econômicas no cotidiano. Elas superaram vários obstáculos ao mudar os próprios hábitos de vida e alteraram suas rotinas, sempre buscando alterativas para colocar em prática o aprendizado.

Desejo que esse livro lhe inspire no seu trabalho educativo realizado em grupo, bem como sirva de referência no conteúdo multidisciplinar ligado à saúde pública e coletiva. Esteja certo quanto aos resultados positivos a serem colhidos ao longo do tempo. Eles nos impulsionam a fazer cada vez mais e melhor.

Parabéns, Alessandro, pela dedicação, pelo estudo e amor ao próximo que tem demonstrado ao longo desses anos.

Excelente leitura e inspiração!!!

Alexandra Manfredini Ferreira dos Santos

SUMÁRIO

TRABALHO TEÓRICO

LISTA DE SÍMBOLOS

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

DCD - Doenças Crônico-Degenerativas

SM - Síndrome Metabólica

L4 - Lombar 4

L5 - Lombar 5

IDF - *International Diabetes Federation*

HDL-C - *High Density Lipoprotein-Cholesterol*

OMS - Organização Mundial de Saúde

NCEP-ATP - *National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel*

VCT - Valor Calórico Total

LDL-C - *Low Density Lipoprotein-Cholesterol*

AGMI - Ácidos Graxos Monoinsaturados

AGPI - Ácidos Graxos Poliinsaturados

AGS - Ácidos Graxos Saturados

DASH - *Dietary Approaches to Stop Hypertension*

DM - Diabetes Melito

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

DCV - Doenças Cardiovasculares

EAN - Educação Alimentar e Nutricional

PAS – Promoção da Alimentação Saudável

MS - Ministério da Saúde

DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis

PNAN - Política Nacional de Alimentação e Nutrição

CFN – Conselho Federal de Nutricionistas

DSC - Discurso do Sujeito Coletivo

PNAN - Política Nacional de Alimentação e Nutrição

SUS – Sistema Único de Saúde

NASF - Núcleos de Apoio à Saúde da Família

EFS – Equipe Saúde da Família

PIB – Produto Interno Bruto

UBS – Unidade Básica de Saúde

CEM – Centro de Especialidades Médicas

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

CEP - Comitê de Ética em Pesquisas

CONEP - Conselho Nacional de Ética em Pesquisas

ECH - Expressões Chave

IC - Ideias Centrais

CT – Categoria

TRS – Teoria das Representações Sociais

VCT – Valor Calórico Total

RESUMO

Introdução: o tratamento nutricional da Síndrome Metabólica (SM) é um dos grandes desafios atuais na área da gerontologia e geriatria. O consumo alimentar de idosos aponta para preferências alimentares cotidianas envolvidas na etiopatogênia da SM. A Educação Alimentar e Nutricional (EAN) é considerada fundamental para a Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS). O ensino-aprendizado da EAN na Atenção Básica de Saúde (ABS) está frequentemente associada à Educação Tradicional e às distribuições de cartilhas. A busca de novos sentidos ou ressignificações de práticas alimentares cotidianas saudáveis correlaciona-se com a criação de recursos terapêuticos de EAN para a PAAS na Terceira Idade. **Objetivo:** avaliar a percepção de idosos portadores de SM, participantes de um grupo de EAN, sobre a eficácia de um Programa de Intervenção Nutricional para a PAAS na Terceira Idade. **Métodos:** revisão documental sobre o conceito da SM, o comportamento alimentar de idosos, a EAN no cenário atual das Políticas Públicas de Saúde e a atuação do nutricionista em ABS no Município de Pindamonhangaba, São Paulo. O presente estudo é uma pesquisa qualiquantitativa, dada sua intenção em compreender os significados atribuídos às questões de EAN por 30 idosos integrantes de um Programa de Diabetes, sendo constituído por cinco etapas: identificação e convocação dos idosos, coleta de dados antropométricos e laboratoriais para triagem da SM, aplicação individual da entrevista semiestruturada e transcrição literal dos depoimentos. Para análise das percepções dos idosos sobre as questões de EAN foi aplicado o método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) associado ao software Qualiquantisoft®. **Resultados:** verificou-se que 80% dos idosos relataram serem capazes de cuidar da própria alimentação cotidiana com fins específicos de saúde, após o acompanhamento nutricional em grupo no programa de EAN. Constatou-se ainda, que 73% dos idosos relataram que é possível ter uma alimentação saudável por meio da escolha de alimentos que fazem parte do hábito alimentar cotidiano. Por fim, observou-se que 30% dos idosos relacionaram o conceito de alimentação saudável com a escolha dos pratos de alimentos, enquanto prática mediadora da compreensão real de uma alimentação cotidiana saudável, antes do acompanhamento nutricional em grupo. **Conclusão:** o referido estudo sugere uma contribuição favorável do Programa de EAN: Prato Saúde Brasil para a PAAS na Terceira Idade, o que indica ser um instrumento educativo de apoio e facilitador para o ensino-aprendizado da alimentação saudável aos idosos portadores de SM em grupos.

PALAVRAS - CHAVE: idoso; terceira idade; educação alimentar e nutricional; promoção da alimentação adequada e saudável; síndrome metabólica.

Fonte: Adaptado de MENDES, A.R. Percepções de Idosos Portadores de Síndrome Metabólica sobre um Programa de Educação Alimentar e Nutricional na Terceira Idade [Dissertação de Mestrado]. Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu – Mestrado Profissional em Psicogerontologia, Instituto Educatie de Ensino e Pesquisa, Faculdade Educatie, 2017.

ABSTRACT

Introduction: The nutritional treatment of the Metabolic Syndrome (MS) is one of the now existing greatest challenges in the gerontology and geriatrics area. The elderly people's dietary consumption points to everyday nutritional preferences involved in the etiopathogeny of the MS. The Dietary and Nutritional Education (DNE) is considered fundamental for Promoting the Suitable and Healthy Nourishment (PSHN). The DNE teaching-learning in the Basic Health Attention (BHA) is often associated with the traditional education and the distribution of booklets. The searching for new meanings or re-meanings of daily health dietary practices corresponds to the creation of NNE therapeutic resources for the PSHN in the Third Age. **Purpose:** evaluate the perception of the elderly people carriers of the MS participants in a NNE group about the effectiveness of a nutritional intervention program for PSHN in the third age. **Methods:** documental review about the MS concept, the elderly people's dietary behavior, the DNE in the current public health policies and the nutritionist's practice in the BHA in the city of Pindamonhangaba, São Paulo. This study is a qualiquantitative research, given its purpose in understanding the meanings ascribed to the DNE questions by 30 elderly people members of a Diabetes Program, consisting of five stages: elderly people's identification and summons, anthropometric and laboratory data collection for MS screening, semi-structured interview individual application and literal transcription of the testimonies. For the analysis of the elderly people's perceptions about the DNE questions, the Collective Subject Discourse (CAD) method was applied in association with the Qualiquantisoft® software. **Results:** it was found that 80%of the elderly people reported to be able to take care of their own daily nourishment with specific health purposes right after the group nutritional support in the DNE program. It was also found that, 73% of the elderly people reported that it is possible to have healthy nourishment through choosing foods that are part of their daily dietary habits. Finally, it was found that 30% of the elderly people related the concept of healthy nourishment with the choice of plates of food, while mediating practice of the real understanding of a daily healthy nourishment, before the group nutritional support. **Conclusion:** the above-mentioned study suggests a favorable contribution of the DNE program Dish Health to the PSHN in the Third Age, which indicates to be an educational and facilitative support instrument for the healthy nourishment teaching-learning for the elderly people carriers of MS in groups.

KEYWORDS: elderly people; third age; dietary and nutritional education; healthy nourishment promoting; metabolic syndrome.

Fonte: Adaptado de MENDES, A.R. Perceptions of the Elderly People Carriers of Metabolic Syndrome about a Dietary and Nutritional Program in the Third Age [Master's Degree Dissertation]. *Stricto Sensu* Postgraduate Program – Professional Master's Degree in Pyscogerontology, Educatie Teaching and Researched Institute, Educatie College, 2017.

TRABALHO TEÓRICO

1 I INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é um fenômeno de amplitude mundial. A Organização Mundial de Saúde prevê que, em 2025, existirão 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos (CAVALCANTI et al., 2009).

Em 2010, a população idosa brasileira representava 11% da população total, um contingente com valores absolutos de 19,7 milhões de idosos (CAMARANO e KANSO, 2009).

O município de Pindamonhangaba/SP, local do presente trabalho, registrou 14.970 idosos no ano de 2010, que corresponde a 10,18% da população total de 146.995 habitantes (IBGE, 2010).

Com o envelhecimento populacional ocorreu uma transição epidemiológica caracterizada pela diminuição da incidência de doenças infecto-parasitárias e aumento das Doenças Crônico-Degenerativas (DCD) (SCHEVER e VIEIRA, 2010). Concomitante à transição epidemiológica, as mudanças verificadas no cenário nutricional registram declínio acentuado da Desnutrição e aumento significativo da prevalência de Sobrepeso e Obesidade, com repercussões clínicas e sociais, principalmente na população idosa (MARQUES et al., 2007). A Obesidade desencadeia e/ou exacerba DCD como, Doenças Cardiovasculares (DCV), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Melito (DM), Dislipidemias (Hipertrigliceridemia e níveis de *High Density Lipoprotein* - Colesterol diminuídos) e consequentemente, a Síndrome Metabólica (SM) (SCHEVER e VIEIRA, 2010).

A SM, também denominada Síndrome Plurimetabólica ou Síndrome de Resistência à Insulina, apresenta-se como um distúrbio metabólico complexo e que, acomete milhares de pessoas no mundo (DIAS et al., 2009). A prevalência da SM é estimada entre 20 e 25% da população geral, com comportamento crescente nas últimas décadas. Essa prevalência é ainda maior entre homens e mulheres mais velhos chegando a 42% entre indivíduos com idade superior a 60 anos (RIBEIRO et al., 2006). Apesar da importância da SM, existem poucos dados disponíveis sobre a prevalência e incidência na população idosa brasileira, em razão da falta de consenso de um critério diagnóstico que possa ser utilizada como *screening* neste segmento populacional (RIGO et al., 2009).

Evidências demonstram que a Obesidade e SM aumentam sua prevalência com o avanço da idade. Os idosos são o grupo populacional com maior prevalência de eventos cardiovasculares (SCHEVER e VIEIRA, 2010), logo, identificar a associação entre estado nutricional e fatores de risco cardiovasculares nessa população adquire grande importância para medidas de controle de risco (SALAROLI et al., 2007).

Os estudos em Educação Alimentar e Nutricional priorizam publicações sob a forma de avaliação de intervenções nutricionais e/ou relatos de experiências, a partir de dados mensuráveis ou por meio de uma abordagem metodológica qualitativa, como a entrevista ou questionários, sendo que poucos refletem sobre as bases teórico-metodológicas (SANTOS, 2012). Analisando os documentos sobre a EAN, identifica-se a existência de um suposto paradoxo: ao mesmo tempo em que é apontada sua importância estratégica, o seu espaço de ação não está claramente definido. A EAN está em todos os lugares e, ao mesmo tempo, não está em lugar nenhum (BRASIL, 2012).

Assim, a partir de conceitos básicos de alimentação e nutrição, como o Grupo de Alimentos[1], a Alimentação Equilibrada[2] e o Fracionamento de Alimentos[3], enquanto referencial teórico e operacional de um Programa de EAN denominado Prato Saúde Brasil, o referido modelo de ensino-aprendizado foi adotado como recurso estratégico para a Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS) à população de idosos portadora de SM. O programa de EAN pressupõe uma socialização da informação sobre a alimentação cotidiana por meio de um diálogo entre o conhecimento científico e cultural e, sobretudo, estimula à prática autonomia e voluntária dos idosos nas questões relacionadas às refeições e lanches saudáveis para o tratamento nutricional da SM.

Neste mesmo sentido, optou-se pelo método de pesquisa qualiqualitativa do Discurso do Sujeito Coletivo visando compreender melhor os fenômenos sobre a alimentação cotidiana, com enfoque no universo simbólico ou de significados que representa as escolhas ou preferências alimentares dos idosos participantes de um grupo educativo, bem como propiciar ao pesquisado sua opinião sob a forma de depoimento discursivo acerca de um programa de EAN como estratégia de PAAS na terceira idade.

2 I DESENVOLVIMENTO

2.1 Gordura Visceral e Síndrome Metabólica em Idosos

Em estudos epidemiológicos, o ganho ponderal é um fator de risco independente para o desenvolvimento da SM. A Obesidade é considerada um grave problema de saúde pública, apresentando prevalência crescente nas últimas décadas (RIBEIRO et al., 2006). Segundo Marques e colaboradores (2007), na Obesidade Visceral o excesso de tecido

1 **Grupo de Alimentos** conjunto de alimentos *in natura* ou processados que são agrupados de acordo com os principais nutrientes que os compõem. São eles: os alimentos energéticos, os alimentos construtores e os alimentos reguladores.
2 **Alimentação Equilibrada** padrão alimentar adequado às necessidades biológicas e sociais dos indivíduos e de acordo com as fases do curso da vida. Deve ser acessível (física e financeiramente), saborosa, variada, colorida, harmônica e segura quanto aos aspectos sanitários. Esse conceito considera as práticas alimentares culturalmente referenciadas e valoriza o consumo de alimentos regionais saudáveis, sempre levando em consideração os aspectos comportamentais e afetivos relacionados às práticas alimentares.
3 **Fracionamento de Alimentos** operação por meio das quais se divide um alimento sem modificar sua composição original.

adiposo predomina na metade superior do corpo, à frente e acima das vértebras L4 e L5. Está associada à ocorrência de distúrbios metabólicos e DCV.

A recente versão para definição da SM é o resultado do consenso organizado pelo *International Diabetes Federation - IDF* (DIAS et al., 2009). A IDF formulou uma definição mundial para SM divulgada em 2005, tendo como diferenciais a Obesidade Visceral como pré-requisito (PAULA et al., 2010), definida como circunferência da cintura maior que 94 cm para homens e 80 cm para mulheres somada a dois fatores de risco cardiovascular: triglicérides plasmáticos superiores a 150 mg/dL, HDL-Colesterol em concentrações inferiores a 40 mg/dL para homens e 50 mg/dL para mulheres, pressão sanguínea maior que 130x85 mm de Hg e níveis de glicose plasmáticas de jejum superiores a 100 mg/dL (DIAS et al., 2009).

Existem, ainda, as definições propostas pela OMS e pelo *National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III*. A definição da OMS inclui a resistência à insulina ou a tolerância à glicose como componentes centrais. O NCEP ATP III considera a SM um conjunto de fatores de risco, independente da associação de quaisquer três dos cinco critérios descritos anteriormente. Já o IDF, considera a adiposidade abdominal como principal fator para o desenvolvimento dos demais fatores de risco (DIAS et al., 2009).

Nos últimos anos, o tecido adiposo passou ser reconhecido como órgão com múltiplas funções. Sabe-se que o adipócito recebe a influência de diversos sinais como a insulina, cortisol e catecolaminas, e em resposta, secreta uma grande variedade de substâncias que participam da regulação de diversos processos como a aterogênese, resistência à insulina e regulação do balanço energético (RIBEIRO et al., 2006).

Considerando que a Obesidade e a SM aumentam sua prevalência com o avanço da idade (SCHEVER e VIEIRA, 2010), ainda não há consenso ou critério definido para o diagnóstico da SM em idosos. Surge, neste contexto, um novo paradigma na área da gerontologia e geriatria, a necessidade de direcionar mais eficazmente os recursos humanos e financeiros para adotar o melhor critério diagnóstico da SM em idosos (PAULA et al., 2010; SAAD et al., 2014).

2.2 Aspectos Nutricionais na Síndrome Metabólica

O tipo de alimentação específica recomendada para atender às necessidades terapêuticas (BRASIL, 2008), na SM, tem características gerais, porém apresenta abordagem específica levando em conta anormalidades apresentadas individualmente pelos pacientes (DIAS et al., 2009). Além disso, vários fatores atuam com maior frequência com o avanço da idade, tais como deficiências nutricionais, redução na taxa metabólica basal e na quantidade de massa magra, resultando na necessidade energética menor e, consequentemente, aumento do tecido adiposo (SHARAVSKY et al., 2005).

Os preceitos de uma alimentação saudável incluem a oferta de carboidratos (50%

a 60% do valor calórico total), proteínas (10 a 15% do VCT), lipídeos (25% a 30% do VCT, sendo menos de 10% de ácidos graxos saturados (até 7% se o LDL-Colesterol for maior de 100mg/dL), até 10% de ácidos graxos poliinsaturados – AGPI e até 20% de ácidos graxos monoinsaturados – AGMI). Orienta-se, ainda, o consumo de até 200 mg ao dia de colesterol dietético, se *Low Density Lipoprotein* - Colesterol for maior de 100 mg/dL ou com até 300 mg ao dia como medida preventiva. As fibras alimentares deverão ser consumidas de 20 a 30 gramas ao dia, além da utilização de até 6 gramas de sal ao dia e a restrição de alimentos industrializados ricos em sódio (SHARAVSKY et al., 2005).

A Orientação Alimentar é fracionada em cinco refeições, sendo três refeições principais (desjejum, almoço e jantar) e dois lanches intermediários (colação e lanche da tarde), devendo-se respeitar as preferências individuais e o poder aquisitivo do paciente e da família (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2005). Segundo o Glossário Temático Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde (2008):

> "A Orientação Alimentar visa à escolha, à preparação, à conservação doméstica e ao consumo de alimentos. A Orientação Alimentar considera o valor nutritivo do alimento e as indicações específicas das condições do indivíduo, como condições fisiológicas, patológicas e socioeconômicas, a saber: acesso aos alimentos, preferências alimentares, cultura alimentar e relação valor nutritivo *versus* custos da alimentação".

Essas orientações alimentares são encontradas nas dietas DASH, do Mediterrâneo, da recomendada pelo NCEP/ATP III, III Diretrizes Brasileiras de Dislipidemias, IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial e pela Diretriz Brasileira para o Tratamento da Síndrome Metabólica (RIGO et al., 2009).

2.3 Comportamento Alimentar e Síndrome Metabólica em Idosos

O comportamento alimentar é extremamente complexo e transcede a ingestão de alimentos (PEREZ e ROMANO, 2004), envolvendo aspectos metabólicos, fisiológicos e ambientais e que apresenta ritmicidade circadiana herdada, uma vez que o homem é basicamente diurno. Está sincronizado ao ciclo claro-escuro e aos níveis de serotonina, melatonina, cortisol, entre outros. Paralelamente, o ritmo social imprime efeito na regulação da alimentação, pois a sociedade contemporânea funciona 24 horas e seu impacto na quantidade, qualidade e horários da alimentação tem sido inexorável, tais como o atraso das refeições para adaptação aos horários de trabalho (HARB, 2010).

As refeições atuam como um *Zeitgeber,* neologismo alemão que significa "marcador de tempo". Os *Zeitgeber* agem interferindo nas funções digestivas e de absorção, bem como nas variações da concentração de carboidratos, lipídeos e aminoácidos na corrente sanguínea ao longo do dia (BERNARD et al., 2009).

Alguns nutrientes, peptídeos e monoaminas tais como glicose, triptofano, 5-hidroxitriptofano, serotonina, insulina (MANCINI e HALPERN, 2002) e vitaminas do

complexo B, atuam e interagem na modulação do sistema serotoninérgico (PENEDO, 2008) e consequentemente, na regulação da ingestão de alimentos (MANCINI e HALPERN, 2002). A deficiência de serotonina está associada a vários sintomas e doenças do comportamento como Depressão, Ansiedade, Compulsão Alimentar, entre outras (PENEDO, 2008). Estudos epidemiológicos apontam que Compulsão Alimentar e Depressão encontram-se frequentemente associada à SM, em especial à Obesidade, ao DM e à HAS (PEREZ e ROMANO, 2004).

Diversos relatos científicos sustentam a ideia de que "comer compulsivo" e a prática de dietas estejam intimamente relacionados, já que a alimentação sofre o controle do Sistema Nervoso Central (ZANATTA et al. 2008). Na literatura especializada sobre comportamento alimentar e envelhecimento, não existem evidências de uma associação consistente do consumo alimentar de idosos com a SM. Entretanto, alguns poucos estudos de base qualitativa sobre o consumo alimentar de idosos apontam preferências alimentares para precursores dietéticos de neuroquímicos que podem influenciar negativamente o comportamento alimentar dos idosos na escolha de alimentos envolvidos na etiopatogênia da SM.

Pesquisa realizada por MARQUES et al. (2007), analisando a frequência de consumo alimentar em 100 mulheres idosas, incluindo os alimentos mais citados por grupo alimentar, verificou que o arroz e o pão estavam entre os alimentos mais preferidos no grupo dos energéticos. Os leites desnatados e integrais ocuparam as primeiras posições no grupo dos alimentos construtores. Já o grupo dos alimentos reguladores foi o mais comprometido, com reduzido consumo de frutas e vegetais.

Em um estudo realizado por SENA (2002), com 117 idosos participantes de grupos de convivência, em João Pessoa (PB), identificou um consumo alimentar qualitativo inadequado com preferências alimentares para carne vermelha, queijos gordurosos, manteiga, salsicha, salame, toucinho, ovos e carboidratos simples.

NAJAS e colaboradores (1994), analisando o padrão de consumo alimentar de 283 idosos, agrupados em três regiões por ordem crescente de nível socioeconômico, verificaram que, do grupo dos alimentos energéticos, o pão e o arroz foram os mais citados com diferenciação de consumo por região. Em relação aos alimentos protéicos, apenas o feijão, o leite e derivados se destacaram em termos de consumo diário. No grupo dos alimentos reguladores, verduras e legumes foram pouco utilizados nas três regiões analisadas.

Apesar dos múltiplos fatores que determinam o consumo alimentar dos idosos, aspectos relacionados à adoção de dietas com elevado valor energético, ricos em gorduras de origem animal, açúcares, refinados e com reduzido teor de frutas, verduras e fibras, sugerem contribuição favorável à ocorrência da Obesidade e comorbidades como HAS, DM tipo 2 e DCV (MARQUES et al., 2007).

Estudo de ZANATTA e colaboradores (2008) constataram maior ingestão de energia, lipídio, carboidrato e triptofano em obesos portadores de Transtorno da Compulsão Alimentar. A Compulsão Alimentar, quadro derivado de falhas no desenvolvimento do mundo representativo, encontra-se associada à Obesidade e às Dislipidemias. Além de Compulsão Alimentar, recentes estudos epidemiológicos apontam que a Depressão se encontra frequentemente associada à SM, em especial à Obesidade, ao DM e à HAS (PEREZ e ROMANO, 2004).

A análise dos dados epidemiológicos sugere haver uma forte correlação da Depressão com a SM. Essa associação, ao lado da Compulsão Alimentar, parece ser um importante fator para explicar as limitações dos alcances terapêuticos na SM (PEREZ e ROMANO, 2004). Os processos patológicos crônicos seguidos ou não de incapacidade, em particular na população idosa, apresentam-se como um dos grandes desafios das políticas públicas em busca de novas estratégias para a PAAS (BRASIL, 2007).

2.4 Educação Alimentar e Nutricional: um hiato entre teoria e prática

A importância da EAN nos campos da alimentação, nutrição e saúde, bem como o seu percurso histórico têm sido discutido por vários autores (SANTOS, 2005). A relevância da EAN pode ser constatada também no âmbito das ações de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável, vista como eixo estratégico da Política Nacional de Promoção da Saúde e da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) (BRASIL, 2007). Segundo o Ministério da Saúde (2013) a:

> A Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS) é um conjunto de estratégias que proporcionam aos indivíduos e coletividades a realização de práticas alimentares apropriadas aos seus aspectos biológicos e socioculturais, bem como o uso sustentável do meio ambiente. Tem como enfoque prioritário o resgate de hábitos e práticas alimentares regionais que valorizem a produção e o consumo de alimentos locais de baixo custo e elevado valor nutritivo, desde os primeiros anos de vida, passando pela idade adulta até a terceira idade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, P.31-32).

Entretanto, enfatiza-se que há poucas referências sobre a base teórica, metodológica e operacional da EAN, tanto na literatura acadêmica como nos documentos de referência, que norteiam as políticas públicas no cenário nacional (SANTOS, 2012).

Somente em 2012, foi publicado pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome o Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para as Políticas Públicas, que define a EAN como "campo de conhecimento e de prática contínua e permanente, transdisciplinar, intersetorial e multiprofissional que visa promover a prática autônoma e voluntária de hábitos alimentares saudáveis" (BRASIL, 2012).

De acordo com o documento, a prática da EAN deve fazer uso de abordagens e recursos educacionais problematizadores e ativos que favoreçam o diálogo junto a

indivíduos e grupos populacionais, considerando todas as fases do curso da vida, etapas do sistema alimentar e as interações e significados que compõem o comportamento alimentar. Segundo princípios norteadores do documento, nos contextos que envolvam indivíduos ou grupos com patologia ou agravo, a EAN é considerada um recurso terapêutico que integra um processo de cuidado e cura (BRASIL, 2012).

Do ponto de vista teórico-metodológico, a EAN está direcionada para assumir uma perspectiva da Educação Popular em Saúde, também conhecida como Educação Dialógica em Saúde, baseada na pedagogia freireana e construtivista, com ênfase na dialogicidade e na autonomia dos sujeitos. Assim, os discursos recorrem ao enfoque da problematização contrapondo aos métodos tradicionais baseados nas técnicas expositivas, a fim de promover uma prática reflexiva dos sujeitos sobre si e sobre as questões pertinentes às práticas alimentares saudáveis (SANTOS, 2012).

Ainda de acordo com o referido documento, adota-se o termo Educação Alimentar e Nutricional (EAN) e não mais o termo Educação Alimentar ou Educação Nutricional ou ainda, Reeducação Alimentar para que o escopo das ações abranja desde os aspectos relacionados ao alimento, alimentação, processos de produção, abastecimento e transformação aos aspectos nutricionais (BRASIL, 2012).

2.5 Guia para Alimentação Saudável

Os Guias para Alimentação Saudável fazem parte de projetos nacionais ou internacionais criados por grupos interdisciplinares para elaboração de programas de EAN. De acordo com o Glossário Temático Alimentação e Nutrição do MS (2008):

> O Guia Alimentar é um instrumento informativo que define as diretrizes nacionais sobre alimentação saudável visando à promoção da saúde. Elaborado com base no cenário epidemiológico-nutricional e no contexto socioeconômico e cultural de um país, apresenta um conjunto de recomendações destinadas à população em geral e traduz os conhecimentos científicos sobre alimentação e nutrição em mensagens práticas, facilitando a seleção, a forma e quantidade dos alimentos que devem ser consumidos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008, p.32).

Os Guias Alimentares tiveram início nos países em desenvolvimento, especialmente a partir da Segunda Guerra Mundial. Wolbur Olin Atwater foi o pioneiro em investigação nutricional, em 1894, quando publicou tabelas de composição de alimentos e padrões dietéticos para a população norte-americana (PACHECO, 2006).

A primeira imagem ou representação gráfica foi a Roda dos Alimentos, que apresenta os três Grupos de Alimentos em proporções iguais, conforme ilustrada na **Figura 01**. As características, a seguir, baseiam-se na classificação da OMS para os diversos nutrientes (PHILIPPI, 2014), considerando funções dos nutrientes:

- *Alimentos Energéticos:* são os carboidratos e os lipídeos. Função: são fontes de energia para diversas funções metabólicas;
- *Alimentos Construtores:* são as proteínas. Função: construção das estruturas corpóreas, reparação e manutenção dos tecidos.
- *Alimentos Reguladores:* são as vitaminas, os sais minerais, as fibras e a água. Função: regulação dos processos orgânicos.



Figura 01. Roda dos Alimentos

Fonte: http://lucitojal.blogspot.com.br/2010/01/orientacoes-disciplina-bromatologia-ii.html

A *Pirâmide dos Alimentos* apresentada na **Figura 02** é um instrumento informativo simples e prático que oferece conceitos alimentares importantes, a saber:

- *Variedade:* pode ser observada entre os diferentes grupos de alimentos que compõem a Pirâmide dos Alimentos e também, dentro de cada grupo, composto por diferentes alimentos, não sendo nenhum grupo mais importante que o outro.
- *Proporcionalidade:* transmitida pelo tamanho dos grupos e pela indicação do número de porções recomendadas.
- *Moderação:* observada principalmente pelo tamanho do grupo das gorduras e açúcares simples no topo da pirâmide.

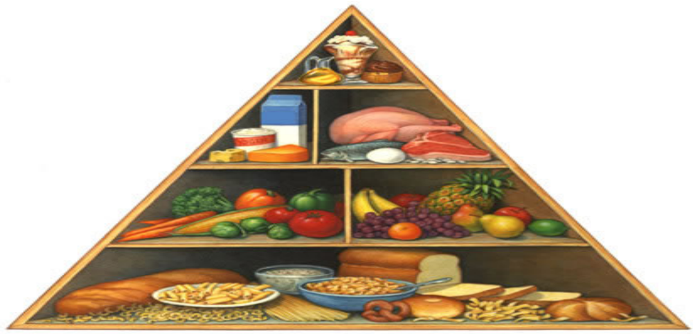


Figura 02. Pirâmide Alimentar adaptada à população brasileira, 1999.

Fonte: http://www.portalnatural.com.br/alimentacao/voce-esta-com-falta-de-proteinas

A *Pirâmide dos Alimentos* é um guia alimentar destinado à pessoas saudáveis maiores de dois anos de idade. Esse guia alimentar é dividido em quatro níveis, separados por grupos de alimentos com funções específicas e sua porção recomendada. Orienta a inclusão de todos os grupos alimentares para garantir os nutrientes necessários à boa saúde (PACHECO, 2006). O objetivo da Pirâmide é atentar para os alimentos cotidianos que comprovadamente melhoram a saúde e diminuem o risco de DCNT na população.

O número de países que estão desenvolvendo ou revisando a representação gráfica de seus guias alimentares vem aumentando (MARTINS e SAEKI, 2005). As representações gráficas dos Guias Alimentares Baseados em Alimentos ao redor do mundo são bastante diversas, a exemplo, a Pirâmide dos Alimentos, a Nova Pirâmide Americana, a Pirâmide de Harvard, a Pirâmide Mediterrânea, a Pirâmide Alimentar Infantil Brasileira, dentre outras representações gráficas (MARTINS e SAEKI, 2005; PHILIPPI, 2014).

Em 2006, o MS por meio da Coordenação Geral da PNAN publicou o Guia Alimentar para a População Brasileira – Promovendo a Alimentação Saudável, contendo as primeiras diretrizes oficiais para promoção de saúde. O material é direcionado para a população acima de dois anos e apresenta sete diretrizes gerais e duas especiais:

- *Diretriz 1:* os alimentos saudáveis e as refeições
- *Diretriz 2:* cereais, tubérculos e raízes
- *Diretriz 3:* hortaliças e frutas
- *Diretriz 4:* feijões e outros vegetais ricos em proteínas
- *Diretriz 5:* leite e derivados, carnes e ovos
- *Diretriz 6:* gorduras, açúcares e sal
- *Diretriz 7:* água

- *Diretriz Especial 1:* atividade física
- *Diretriz Especial 2:* qualidade sanitária dos alimentos

De forma pioneira, esse material é destinado a todas as pessoas envolvidas com saúde pública. Dá-se destaque aos profissionais da Atenção Básica de Saúde, incluindo os vinculados à Estratégia de Saúde da Família, que recebem informações sobre alimentação saudável a fim de subsidiar abordagens específicas no contexto familiar. O guia foi concebido para contribuir para a prevenção das doenças causadas por deficiências nutricionais, para reforçar a resistência orgânica a doenças infecciosas e para reduzir a incidência de DCNT por meio da alimentação saudável (OLIVEIRA, 2008).

As orientações alimentares estão expressas em nutrientes ou porções dos grupos de alimentos e em dicas para alimentação saudável. No entanto, esse guia não apresenta uma representação gráfica nem uma metodologia para elaboração e fracionamento das refeições no curso do dia. O ato de alimentar-se não é apenas ingerir alimentos, mas sim um modo, um estilo ou um jeito de alimentar-se que representa nossas relações pessoais, sociais e culturais, combinadas no prato de comida (MORAIS, 2006).

2.6 O Programa de Educação Alimentar e Nutricional: Prato Saúde Brasil

O tratamento nutricional da SM é um dos grandes desafios da medicina contemporânea, em especial, na área da geriatria e gerontologia. O estilo de vida e os hábitos alimentares têm papel fundamental na etiopatogênia dos fatores de risco associados (PEREZ e ROMANO, 2004). Estudos recentes têm demonstrado que além do tipo e a quantidade de alimentos, o fracionamento e o horário das refeições e lanches ao longo do dia, têm forte impacto no processo saúde-doença (HARB, 2010).

Segundo princípios do *Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para as Políticas Públicas*, nos contextos que envolvam indivíduos ou grupos com patologia ou agravo, a EAN é considerada um recurso terapêutico que integra um processo de cuidado e cura da patologia ou agravo (BRASIL, 2012).

A reabilitação gerontológica em conexão com os profissionais da equipe interdisciplinar que atuam na interface psicogerontologia de modo a desenvolver, implantar e avaliar novas metodologias, técnicas, sistemas e recursos terapêuticos para a reabilitação cognitiva de idosos portadores de DCNT é a maneira mais eficaz para a promoção da saúde, autonomia, independência e efetiva qualidade de vida de idosos.

Segundo MORAES (2006), quando um indivíduo tem algum tipo de doença crônica, a constante preocupação com o "comer ou o não comer" é ideia central que preenche o pensamento e determina nossas ações cotidianas pelo sentimento do proibido *versus* o desejado, quer seja pela comida, peso ideal, calorias, glicemia, colesterol, etc.

Assim, optou-se pela adoção de um recurso terapêutico de EAN denominado

Prato Saúde Brasil como estratégia para a PAAS que visa promover a prática autônoma e voluntária de hábitos alimentares saudáveis no tratamento nutricional da SM, bem como a construção de um novo significado para o “fazer das refeições” cotidianas pelos idosos.

Neste contexto, o Prato Saúde Brasil focaliza seu processo de ensino-aprendizagem na realização de atividades cognitivas e lúdicas com alimentos para a construção de um novo sentido, direção ou significado para o “fazer das refeições”, ressaltando-se que, ensinar, aprender, construir, criar e equilibrar a alimentação, amparado pelo fazer em grupo de idosos, abre espaço para a ocorrência de uma experiência individual prazerosa e possibilidades para o aprendizado de uma nova Educação Alimentar e Nutricional (MENDES, 2014).

O Programa Prato Saúde Brasil é um modelo qualiquantitativo de ensino-aprendizado da alimentação saudável com enfoque na prevenção e/ou tratamento nutricional das principais DCNT na atualidade, por meio de hábitos alimentares saudáveis, da eliminação de práticas alimentares inadequadas e uso mais eficiente dos alimentos regionais, respeitando e valorizando nosso contexto social, econômico e cultural.

Na prática clínica, o referido programa possibilita um espaço saudável para o aprendizado da EAN como estratégia de PAAS, a partir da realização de atividades cognitivas e lúdicas com uma Brinquedoteca de Alimentos e um Jogo de Pratos Coloridos, enquanto prática motivadora e mediadora da compreensão real de uma alimentação cotidiana saudável.

A Brinquedoteca de Alimentos é composta por 25 alimentos decorativos, 8 tipos de adoçantes e 3 pratos nas cores básicas, sendo 1 prato amarelo, 1 prato vermelho e 1 prato verde. A listagem dos Grupos de Alimentos Energéticos, Construtores e Reguladores podem ser vistas na **Tabela 01** e a **Figura 03** apresenta a composição da Brinquedoteca de Alimentos com o Jogo de 3 Pratos Coloridos.

Alimentos Energéticos	Alimentos Construtores	Alimentos Reguladores
Pão francês	Leite	Alface
Margarina/Manteiga	Queijo Branco	Tomate
Aveia	Iogurte	Pepino
Arroz branco	Feijão	Laranja
Óleo Vegetal	Carne Vermelha	Maçã
Macarrão	Frango	Chuchu
Milho	Ovo	Água
Banana	Gelatina	Sal

Tabela 01. Listagem de Alimentos da Brinquedoteca de Alimentos para atividades cognitivas e lúdicas do Programa Prato Saúde Brasil no Programa de Diabetes, Pindamonhangaba, em 2016.

Fonte: Coordenação do Programa de Diabetes/CEM, Pindamonhangaba, em 15 de junho de 2016



Figura 03. Fotografia da Brinquedoteca de Alimentos e do Jogo de Pratos Coloridos do Programa Prato Saúde Brasil no Programa de Diabetes/CEM, Pindamonhangaba, em 2016.

Fonte: Coordenação do Programa de Diabetes/CEM, Pindamonhangaba, em 10 de junho de 2016.

O Prato Saúde Brasil foi elaborado a partir de 3 conceitos básicos da alimentação e nutrição, como o Grupo de Alimentos, a Alimentação Equilibrada e o Fracionamento das Refeições. Para a aplicação prática do programa, as Orientações Alimentares não estão expressas em nutrientes ou porções de alimentos, pois o uso de termos técnicos dificulta o ensino-aprendizado da alimentação saudável à população idosa. Segue abaixo, as principais estratégias de ensino-aprendizado do programa de EAN em grupo:

- **1ª Orientação Alimentar:** inicialmente, foi realizada uma adequação e/ou associação dos 3 Grupos de Alimentos (Energéticos, Construtores e Reguladores) para 3 Pratos Coloridos (Amarelo, Vermelho e Verde). Essa representação lúdica permitiu focar a atenção dos idosos à classificação dos alimentos nos pratos, segundo a cor predominante e origem na natureza, bem como trabalhar a memorização de longo prazo de maneira fácil, divertida e progressiva.

- **2ª Orientação Alimentar:** posteriormente, foram elaboradas as 6 refeições cotidianas por meio de combinações variadas de alimentos dos 3 Pratos Coloridos. Esse modelo de treinamento cognitivo, indutivo e repetitivo, sob supervisão do educador de saúde, visou facilitar a compreensão e a percepção dos educandos (idosos) sobre o que é e como fazer refeições e/ou lanches saudáveis, fracionada ao longo do dia em Café da Manhã de Rei, Lanche de Coringa, Almoço de Rainha, Café da Tarde de Príncipe, Jantar de Princesa e Ceia de Mendigo.

- **3ª Orientação Alimentar:** paralelamente, os educandos foram estimulados a opinarem com adequações na seleção, no pré e preparo dos alimentos envolvidos na etiopatogenia da SM. Em síntese, uma correlação entre os pratos

de alimentos com os respectivos fatores de risco à SM, sendo os alimentos do Prato Amarelo à hiperglicemia e hipertrigliceridemia, os alimentos do Prato Vermelho à hipercolesterolemia e os alimentos do Prato Verde à hipertensão arterial sistêmica.

A escolha dos alimentos é realizada em grupo, sob supervisão do nutricionista, visando estimular a prática autônoma e voluntária de hábitos alimentares mais saudáveis. Cabe salientar ainda, que a prescrição dietética, ou seja, a descrição dos alimentos em quantidades ou medidas caseiras, a forma de preparo, os horários das refeições, as substituições e/ou restrições alimentares constitui atividade privativa do nutricionista, de acordo com Resolução CFN Nº 334/2004, sendo esse programa um instrumento de apoio para o desenvolvimento da EAN pelos profissionais do binômio educação-saúde.

As Orientações Alimentares detalhadas na **Tabela 02** descrevem o referencial teórico e operacional do Prato Saúde Brasil para elaboração compartilhada e fracionamento das diárias.

Refeições do Programa	Prato Amarelo (Alimentos)		Prato Vermelho (Alimentos)		Prato Verde (Alimentos)
1) Café da Manhã de Rei	1 alimento	e	1 alimento	e	1 alimento
2) Lanche de Coringa	1 alimento	ou	1 alimento	ou	1 alimento
3) Almoço de Rainha	2 alimentos	e	2 alimentos	e	2 alimentos
4) Café da Tarde de Príncipe	1 alimento	e	1 alimento	e	1 alimento
5) Jantar de Princesa	1 alimento	e	1 alimento	e	1 alimento
6) Ceia de Mendigo	1 alimento	ou	1 alimento	ou	1 alimento
6 refeições/dia	**5 a 7 alimentos**		**5 a 7 alimentos**		**5 a 7 alimentos**

Tabela 02. Base Teórica e Operacional do Programa Prato Saúde Brasil no Programa de Diabetes/CEM, Pindamonhangaba, 2016.

2.7 Educação Alimentar e Nutricional: um hiato entre práticas e discursos

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, e com a proposta de um novo modelo de atenção em saúde voltado para a prevenção e a integralidade no atendimento, a Educação Popular em Saúde ou Educação Dialógica em Saúde passou a ser difundida no âmbito da saúde pública e coletiva (MACIEL, 2009).

Esse modelo de Educação em Saúde é caracterizado pelo diálogo bidirecional entre as partes envolvidas no processo educativo, o profissional de saúde e a comunidade (ALVES, 2005). É também denominada de Educação Radical em Saúde, pois rompi com as

tradicionais práticas educativas em saúde, a exemplo, as palestras, as aulas e os grupos de patologias. Outras características importantes desse modelo são a valorização do saber popular, o estímulo e respeito à autonomia do indivíduo no autocuidado e o incentivo a sua participação ativa no controle social do sistema de saúde do qual é usuário (MACIEL, 2009).

Seguindo a ideologia freireana, o objetivo da Educação Popular em Saúde é ajudar as classes mais humildes na conquista de sua autonomia e de seus direitos (SOUZA et al., 2005). A Educação Popular em Saúde é pautada no diálogo e na troca de saberes entre o educador e educando, onde o saber popular é valorizado. O enfoque do Movimento Popular em Saúde está nas discussões sobre temas vivenciados pela comunidade visando à mobilização social para uma vida melhor (VASCONCELOS, 1999).

De acordo com MINAYO (2010) a "pesquisa social em saúde envolve todas as investigações que tratam do fenômeno saúde-doença, de sua representação pelos vários atores que atuam no campo: as instituições políticas e de serviços, os profissionais e os usuários". A pesquisa social proporciona uma investigação do "ser humano em sociedade, de suas relações e instituições, de sua história e de sua produção simbólica, que estão relacionadas a interesses e cirscunstâncias socialmente conectadas". (MINAYO, 2010).

Neste mesmo sentido, LEFÈVRE e LEVÈFRE (2003), afirmam que:

> Quando se quer conhecer o pensamento de uma comunidade sobre um dado tema, é preciso realizar (...) uma pesquisa qualitativa já que, para serem acessados, os pensamentos, na qualidade de expressão da subjetividade humana, precisam passar, previamente, pela consciência humana, o que só se consegue por meio de pesquisas qualitativas (...) capazes de recuperar e resgatar os pensamentos contidos nessa consciência (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2003, p.45).

Para os autores, as pesquisas que envolvem opiniões, por apresentar duas dimensões a serem preservadas – qualitativa e quantitativa – devem ser qualiquantitativas. Segundo os mesmos autores:

> Como se trata (...) de gerar opiniões ***coletivas***, é preciso que tais opiniões tenham, na dimensão coletiva, sua substância qualitativa (...) preservada. (...) como se trata de opiniões de indivíduos que vivem em coletividades, sociedades ou grupos, recuperar devidamente, na dimensão coletiva, os atributos psicossociais das opiniões, o que requer, obrigatoriamente, que o pesquisador obedeça a um rigoroso planejamento com vistas a recuperar os principais atributos construtivos da sociedade pesquisada (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2003, p.46).

As práticas de EAN no cenário atual pautam-se na transmissão de informações sobre alimentos, alimentação, nutrição e saúde, e não favorecem a criação de novos sentidos para o ato de comer, nem a ressignificação de práticas alimentares cotidianas

que conduzam ao desenvolvimento autônomo de estratégias para a aquisição de uma alimentação mais saudável no cotidiano (BENTO, 2012).

A literatura especializada sobre o discurso de idosos quanto à participação em programas de EAN em grupos é incipiente e escassa no que se refere à alimentação cotidiana, enquanto fenômenos sociais que devem ser compreendidos a partir do seu contexto de produção e das suas formas de comunicação (JODELET, 2001).

Entre os poucos estudos de base qualiquantitativa visando compreender melhor os fenômenos sobre a alimentação, pode-se citar o de CAVALCANTI e colaboradores (2011) no artigo “Programa de intervenção nutricional associado à atividade física: discurso de idosas obesas”, onde o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) demonstrou que é possível corrigir erros alimentares, buscando melhor qualidade de vida e que a mudança nos hábitos alimentares e na atividade física promoveu maior disposição para o autocuidado. No DSC evidenciou-se também que são indissociáveis o aspecto físico e o psicológico e que, ambos mantêm dependência mútua, devendo ser considerada pelos profissionais de saúde.

Em um estudo realizado por SANTOS e RIBEIRO (2011) com o objetivo de compreender o significado e o componente afetivo da alimentação na vida dos idosos que frequentam um centro de convivência, mostrou no DSC que o aspecto mais importante da alimentação coletiva para os idosos é a socialização, mais que o tipo de alimento servido. Segundo esses autores, os locais que ofereçam alimentação coletiva ao idoso mostram-se importantes para o suporte social, facilitam a socialização e a aquisição de alimentação para os idosos que vivem em situações desfavoráveis.

Neste mesmo sentido, ZANIN e colaboradores (2011), no artigo “Percepção sobre a relação entre a alimentação e saúde por idosos antes e após um programa educativo” constataram no DSC que os idosos passaram a visualizar de uma forma mais detalhada o papel da alimentação na saúde e concluíram que é possível identificar nos idosos um compromisso de mudança após um programa de EAN.

2.8 Atuação do Nutricionista na Estratégia de Saúde da Família

A primeira aprovação e publicação de propostas e políticas no campo da nutrição foi a Política Nacional de Alimentação e Nutrição – PNAN em 1999, a qual representa um avanço e uma importante conquista no que refere à legitimação das ações nesta área, enquanto parte da Política Nacional de Saúde, sob responsabilidade dos três níveis de gestão do SUS (REDENUTRI, 2009).

O propósito da PNAN, conforme publicado no próprio documento é:

> A melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, mediante a promoção de práticas adequadas e saudáveis, a vigilância alimentar e nutricional, a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição (BRASIL, 2012b – p.21).

A avaliação contínua do perfil, alimentar e nutricional da população e seus fatores determinantes compõe a Vigilância Alimentar e Nutricional, com enfoque multifatorial e multissetorial das questões relacionadas à alimentação e à nutrição (BRASIL, 2012a; CAMILO et al., 2011). A Vigilância Alimentar e Nutricional nos serviços de saúde incluem a avaliação antropométrica e do consumo alimentar de indivíduos de todas as fases do cliclo da vida, que inclui crianças, adolescentes, gestantes, adultos e idosos (BRASIL, 2012a, BRASIL, 2012b). Realizar a Vigilância Alimentar e Nutricional subsidiará o planejamento da atenção nutricional e das ações relacionadas à promoção da saúde e da alimentação saudável, bem como a qualidade e regulação dos alimentos, nas diversas esferas do SUS. Contribuirá também, com o controle e a participação social, e por fim, o diagnóstico da Segurança Alimentar e Nutricional no âmbito dos territórios (BRASIL, 2012b).

Historicamente, o nutricionista foi inserido nos serviços de alta e média complexidade do SUS (VASCONCELLOS; CALADO, 2011). O nutricionista é "profissional de saúde que, atendendo aos princípios da ciência da nutrição, tem como função contribuir para a saúde dos indivíduos e da coletividade. Ao nutricionista cabe a produção do conhecimento sobre a alimentação e nutrição nas diversas áreas de atuação profissional, buscando continuamente o aperfeiçoamento técnico-científico, pautando-se nos princípios éticos que regem a prática científica e a profissão" (CFN Nº. 334/2004).

Recentemente, observou-se a necessidade e relevância do conhecimento técnico específico da formação do nutricionista na Atenção Básica de Saúde, mais precisamente na Estratégia Saúde da Família, a partir da criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, instituído em 24 de janeiro de 2008, com a publicação da Portaria nº. 154 do Ministério da Saúde (SOUZA, 2015). Neste contexto, o NASF foi criado com o objetivo de:

> Ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica de Saúde, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção primária (BRASIL, 2008b – art.1º).

As ações de alimentação e nutrição na Atenção Básica de Saúde vêm conquistando cada vez mais relevância tendo em vista a atual situação epidemiológica brasileira, em especial na população idosa, já que vivenciamos o aumento das DCNT e/ou deficiências nutricionais, ambas as situações associadas a uma alimentação e a hábitos de vida pouco saudáveis (SOUZA, 2015). Inseridas neste contexto, as ações de alimentação e nutrição desenvolvidas pelas ESFs são estruturadas com base nos eixos estratégicos abaixo:

- Promoção de práticas alimentares saudáveis, em âmbito individual e coletivo, em todas as fases do ciclo da vida.
- Contribuição na construção de estratégias para atender às principais demandas assistenciais quanto aos distúrbios alimentares, deficiências nutricionais, des-

nutrição e obesidade, em especial nas DCNTs.

- Realização de diagnóstico alimentar e nutricional da população, com a identificação de áreas geográficas, segmentos sociais e grupos populacionais de maior risco aos agravamentos nutricionais, bem como identificação de hábitos alimentares regionais e suas potencialidades para a promoção da saúde.

- Promoção de segurança alimentar e nutricional, fortalecendo o papel do setor saúde no sistema de segurança alimentar e nutricional, com vistas ao direito humano à alimentação adequada (BRASIL, 2010b).

O NASF está inserido nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) para atuarem em parceria com os profissionais das Equipes Saúde da Família (ESF), compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob sua responsabilidade. O NASF é constituído por equipes multiprofissionais de diversas áreas da saúde, como médico acupunturista, assistente social, educador físico, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista, médico homeopata, nutricionista, médico pediatra, psicólogo, médico psiquiatra e terapeuta ocupacional (BRASIL, 2008b).

2.9 O Município de Pindamonhangaba e a Atenção Básica de Saúde

O Município de Pindamonhangaba está situado no Estado de São Paulo, localizado a cento e quarenta e seis quilômetros da capital, e conta com pouco mais de 165 anos de história. Pindamonhangaba, que ganhou do cronista e poeta Emílio Zaluar o título de "Princesa do Norte", foi elevada a cidade por lei provincial de 03 de abril de 1849.

O ciclo do café extinguiu-se, no final da década de 1920, não tendo resistido aos golpes produzidos pela exaustão das terras, a libertação dos escravos e a crise econômica mundial. A partir de então, a economia de Pindamonhangaba passou a se apoiar na constituição de uma importante bacia leiteira, em extensas culturas de arroz e na produção de hortigranjeiros. Foi uma época de pequeno crescimento econômico, que se estendeu até o final da década de 1950, quando o Município entrou no ciclo industrial.

O período de 1970 a 1985 foi uma fase de crescimento industrial extremamente acelerado que mudou, profundamente, a face rural e interiorana do município. O topônimo Pindamonhangaba é de origem indígena e significa "lugar onde se fazem anzóis" (IBGE, 2015). A cidade possui parques, reservas naturais e bosques, como o famoso "Bosque da Princesa" visitado pelo casal imperial Conde D´Eu e Princesa Isabel na época do Brasil Imperial, agrega espaços destinados ao lazer e esporte, instituições culturais, viveiros com mudas de espécies nativas, dentre outros espaços[4].

4 http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/historico.php Acesso em 15 de Junho de 2016

A **Figura 04** mostra o mapa territorial do município de Pindamonhangaba.



Figura 04. Mapa do Município de Pindamonhangaba – SP e Municípios limítrofes, 2016.

Fonte: Adaptado de http://www.cidades.ibge.gov.br/perfil.php

A área da unidade territorial é de aproximadamente 730 Km^2 e sua densidade demográfica é de 201,39 hab./Km^2. A população residente é de 146.995 habitantes, sendo 96,40% urbana, 3,60% rural, conforme apresentado na **Tabela 03**.

População Residente	Homens	Mulheres	Total
Urbana	69.505	72.203	141.708
Rural	2.783	2.504	5.287
Total	72.288	74.707	146.995

Tabela 03. População do Município de Pindamonhangaba, segundo gênero e localização, 2010.

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010[5]

As informações sobre o Produto Interno Bruto do município, em 2010[6] são:

- PIB (em reais correntes): 3.819,87
- PIB per Capita (em reais correntes): 25.979,51

Segundo dados do IBGE (2010), o número total de estabelecimentos de saúde em 2009 somava sessenta e sete; destes, vinte e sete são municipais e quarenta são privados[7].

5 http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/historico.php Acesso em 15 de Junho de 2016
6 http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php/produtointernobrutodosmunicipios2010
7 http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/saude.php/infográfico:estabelecimentosdesaudeemorbidadehospitala

De acordo com informações da Secretaria de Saúde e da Assistência Social, o município possui gestão plena do sistema de saúde, modalidade em que todas as decisões quanto ao gerenciamento de recursos, bens e serviços próprios, conveniados ou contratados se dão no âmbito do município.

Sendo a “porta de entrada” do sistema de saúde e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde, a Atenção Básica de Saúde no município é dividida em cinco regiões: I, II, III, IV e V, conforme descritas a seguir. Essa territorialização foi iniciada com unidades de saúde próprias, passando pelos serviços conveniados e/ou contratados. Neste contexto, optou-se para efetivar a pesquisa de campo, objeto do presente trabalho, na Atenção Básica de Saúde em função de sua característica, conforme o MS:

> A Atenção Básica de Saúde é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2012, p.19).

As unidades de saúde totalizam vinte e seis, sendo quatro Unidades Básicas de Saúde, vinte e um ESF e um Centro de Especialidades Médicas (CEM), dimensionados para atender aproximadamente 34.000 habitantes cada UBS, 4.000 habitantes cada ESF e o CEM, que absorve a demanda total do município, uma vez que o NASF se encontra em processo de estruturação e planejamento com atividades previstas para ano de 2017.

As UBS são constituídas por médicos nas especialidades básicas (clínicos, pediatras, ginecologistas e cardiologistas), enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem. As ESF por médico da família, enfermeiro, auxiliares de enfermagem, dentista, auxiliar de saúde bucal, agentes comunitários e equipe de apoio administrativo.

A **Figura 05** apresenta um Grupo Operativo de Educação Alimentar e Nutricional (EAN) em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) em Pindamonhangaba, São Paulo.

Grupo Operativo: a técnica de grupo operativo consiste em um trabalho com pessoas, cujo objetivo é promover um processo de aprendizagem dos sujeitos envolvidos. Aprender em grupo significa uma leitura crítica da realidade, uma atitude investigadora, uma abertura para o diálogo, dúvidas e para novas inquietações dos participantes.



Figura 05. Fotografia de um Grupo Operativo de EAN em uma UBS, Pindamonhangaba/SP.

Fonte: Coordenação do Programa de Diabetes/CEM, Pindamonhangaba, em 10 de junho de 2016.

O CEM é constituído por médicos nas diversas especialidades como endocrinologista, pediatra, ortopedista, neurologista, urologista, oftalmologista, clínico geral, nefrologista, cardiologista, otorrinolaringologista, dermatologista, ginecologista, médico da família e cirurgião-dentista. O CEM contempla ainda, os profissionais da equipe multidisciplinar do Programa de Diabetes que inclui enfermeiro, psicólogo, podólogo, educador físico, biomédico, nutricionista e auxiliar administrativo.

A seguir, a territorialização na Atenção Básica de Saúde e suas respectivas unidades, segundo informações da Secretaria de Saúde e Assistência Social[8].

- *Região I* (Central): quatro ESF (Bela Vista, Jardim Imperial, Bom Sucesso e Cruz Grande), uma UBS Centro “Doutor Emílio Ribas” e um CEM “Zizi Polônia Saquetti”.

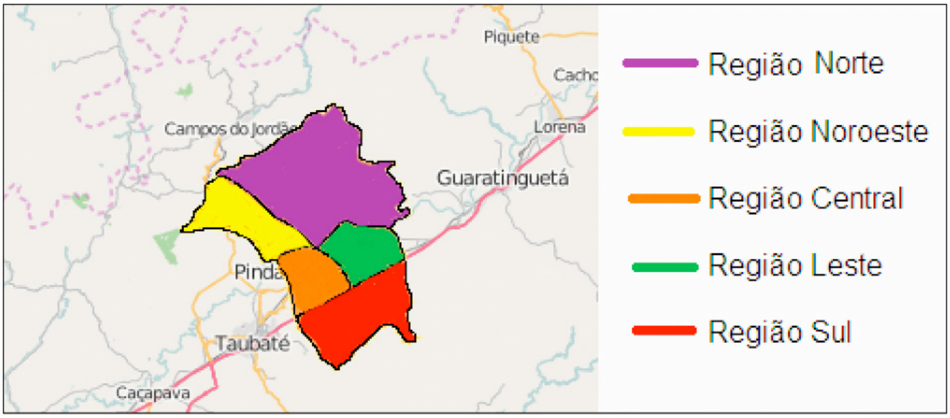
- *Região II* (Noroeste): três ESF (Castorila, Santa Cecília e Maricá) e uma UBS (Crispim).

- *Região III* (Sul): sete ESF (Cidade Nova, Feital, Jardim Eloyna, Jardim Regina, Campinas, Triângulo e Goiabal).

- *Região IV* (Leste)*:* três ESF (Vale das Acácias, Moreira César I e II) e duas UBS (Vila São Benedito e Terra dos Ipês).

8 http://www.ubsbrasil.com/cidade/pindamonhangaba/

- *Região V* (Norte): quatro ESF (Cidade Jardim, Nova Esperança, Araretama I e II).



A Figura 06 mostra o mapa do Município de Pindamonhangaba dividido em regiões.

Fonte: Adaptado de http://www.cidades.ibge.gov.br/perfil.php

Em suma, optou-se para realizar o presente projeto de pesquisa no Programa de Diabetes, inserido no CEM e localizado na região I (central), tendo em vista a atuação do nutricionista neste contexto, envolvendo grupos populacionais com alguma doença ou agravo, na qual a EAN é considerada um recurso terapêutico que integra um processo de cuidado e cura do agravo (BRASIL, 20012).

O **Quadro 01** apresenta as informações da unidade e a **Figura 06** mostra as fotografias da unidade.

Programa de Diabetes – Centro de Especialidades Médicas	
Coordenação Técnica:	Marisa Damas e Alexandra Manfredini
Endereço:	Avenida Doutor Frederico Machado, nº179, Centro
Telefone:	(12) 3644-5916
E-mail:	diabeteseucuido@gmail.com
Horário de Funcionamento:	Segunda a sexta das 7:30 as 11:30 e 13:30 as 17:30 horas
Área de Abrangência:	Todo o município

Quadro 01. Informações e área de abrangência do Programa de Diabetes/CEM, Pindamonhangaba, em 2016.

Fonte: Coordenação do Programa de Diabetes/CEM, Pindamonhangaba, em 10 de junho de 2016.



Figura 07. Fotografia do CEM e do Programa de Diabetes, Pindamonhangaba, em 2016.

Fonte: Coordenação do Programa de Diabetes/CEM, Pindamonhangaba, em 10 de junho de 2016.

As instalações físicas do Programa de Diabetes e os serviços de saúde disponíveis podem ser vistos na **Tabela 04** e no **Quadro 02**, respectivamente.

Área Física	Quantidade	Leitos/Equipos
Recepção	1	-
Ambulatório	1	1
Sala de Enfermagem	1	-
Sala de Grupos	1	-
Almoxarifado	1	-
Sala de Insumos	1	-
Sala Administrativa	1	-

Tabela 04. Instalações físicas para assistência ambulatorial ao Programa de Diabetes/CEM, Pindamonhangaba, em 2016.

Fonte: Coordenação do Programa de Diabetes/CEM, Pindamonhangaba, em 15 de junho de 2016.

Consultas e Especialidades	Educação em Saúde
Enfermagem	Aplicação de Insulina
Nutrição	Cuidados com Pés
Psicologia	Grupos Psicoeducativos
Podologia	Alimentação Saudável
	Atividade Física
Exames de Apoio Diagnóstico	
Teste de Glicemia Capilar (Glicosimetria)	**Vigilância em Saúde**
	Controle e Monitoramento de Glicemia
Serviços Assistenciais	
Aferição da Pressão Arterial	**Atividades Externas**
Aplicação de Insulina	Campanha Nacional do Dia do Diabetes
Dispensação de Insumos	Treinamento das Equipes de Saúde da Família

Quadro 02 – Serviços disponíveis no Programa de Diabetes/CEM, Pindamonhangaba, em 2016.

Fonte: Coordenação do Programa de Diabetes/CEM, Pindamonhangaba, em 15 de junho de 2016.

O número total de profissionais da unidade é 10, separados por função e em exercício profissional, no ano 2016, podem ser vistos na **Tabela 05.** As informações referentes à população total atendida na unidade, dividida por faixa etária e gênero e de acordo com o censo 2015, podem ser vistas na **Tabela 06**.

Funções	Profissionais em Exercício	Profissionais Afastados
Auxiliar Administrativo	1	-
Enfermeiro	1	-
Coordenador	1	-
Nutricionista	3	-
Psicóloga	2	-
Podóloga	1	-
Educador Físico	1	-
TOTAL	**10**	**0**

Tabela 05. Número de profissionais alocados no Programa de Diabetes/CEM, Pindamonhangaba, segundo as funções ocupadas em 2016.

Fonte: Coordenação do Programa de Diabetes/CEM, Pindamonhangaba, em 10 de junho de 2016.

Faixa Etária	Homem	Mulher	Total
5-11 a	7	8	15
12-17 a	17	13	30
18-21 a	50	58	108
22-40 a	9	27	36
41-60 a	117	247	364
61-95 a	219	399	618
Total	**419**	**752**	**1171**

Tabela 06. Dados Demográficos do Programa de Diabetes/CEM, Pindamonhangaba, (abrangência): população por faixa etária, por gênero e total de portadores de DM, dados do censo 2015.

Fonte: Coordenação do Programa de Diabetes/CEM, Pindamonhangaba, em 10 de junho de 2016.

A pesquisa Nacional de Saúde realizada pelo Ministério da Saúde em parceria com o IBGE (2015), mostra que o diabetes atinge 9 milhões de brasileiros – o que corresponde a 6,2% da população adulta. As mulheres (7%) apresentaram maior proporção da doença que os homens (5,4%) – 5,4 milhões de mulheres contra 3,6 milhões de homens. Já os percentuais de prevalência da doença aumentam de acordo com a faixa etária: 0,6% entre 18 a 29 anos; 5% de 30 a 59 anos; 14,5% entre 60 e 64 anos e 19,9% entre 65 e 74 anos. Para aqueles que tinham 75 anos ou mais de idade, o percentual foi de 19,6%.

Fonte:http://www.brasil.gov.br/saude/2015/07/diabetes-atinge-9-milhoes-de-brasileiros

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tratamento nutricional da SM é um dos grandes desafios da medicina contemporânea, em especial, na área da gerontologia e geriatria. Considerando que a SM aumenta sua prevalência com o avanço da idade, ainda não há consenso ou critério definido para o diagnóstico da SM em idosos, nem evidências de uma associação consistente do consumo alimentar de idosos com a SM.

Entretanto, alguns poucos estudos de base qualitativa sobre o consumo alimentar de idosos apontam preferências alimentares cotidianas que podem influenciar negativamente o comportamento alimentar dos idosos na escolha e no consumo de alimentos envolvidos na etiopatogênia da SM.

A experiência prática em nutrição clínica ambulatorial e a vivência com grupos de idosos portadores de DCNT demonstram a existência de um hiato entre teoria e prática da EAN, nas formulações das políticas públicas de saúde, para o ensino-aprendizado da alimentação saudável à população em geral, especialmente à terceira idade.

O ensino-aprendizado da EAN na Atenção Básica de Saúde está frequentemente associada à educação tradicional e, as publicações existentes se restringem aos folhetos, cartilhas ou *banners* distribuídos aos idosos, que na prática educativa pouco contribui para a PAAS na terceira idade. Entretanto, o Programa Prato Saúde Brasil pressupõe um espaço saudável para a EAN como estratégia de PAAS, a partir da realização de atividades cognitivas lúdicas com alimentos do próprio cotidiano dos idosos, enquanto prática motivadora e mediadora da compreensão real de uma alimentação saudável, no tratamento nutricional da SM.

Na literatura especializada sobre o envelhecimento e o comportamento alimentar, o discurso coletivo de idosos quanto à sua participação em programas de EAN em grupos é incipiente e escassa no que se refere à alimentação cotidiana e, ainda, pouco favorecem a criação de novos sentidos às práticas alimentares que conduzam ao desenvolvimento autônomo de estratégias para a aquisição de uma alimentação saudável no cotidiano. Neste contexto, optou-se pela elaboração dessa pesquisa qualiquantitativa, visando compreender as percepções de idosos portadores de Síndrome Metabólica participantes de um programa de educação alimentar e nutricional, sobre a eficácia de um programa de intervenção nutricional para promoção da alimentação mais saudável na terceira idade.

PESQUISA DE CAMPO

1 I INTRODUÇÃO

A presente pesquisa tem uma abordagem qualiquantitativa, com ênfase predominantemente qualitativa, dada sua intenção em compreender os significados atribuídos à alimentação cotidiana de idosos portadores de SM.

De acordo com Lefèvre e Lefèvre (2000), a pesquisa qualitativa permite compreender com profundidade os campos sociais e seus sentidos, pois se refere a uma teia de significados que estão presentes nos discursos dos sujeitos (SANTOS e RIBEIRO, 2011).

A metodologia utilizada para análise dos dados obtidos baseou-se no Método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). É um novo enfoque em pesquisa qualiquantitativa, com perspectiva metodológica que utiliza a opinião dos entrevistados sob a forma de depoimento discursivo, visando tornar clara a representação social sobre a contribuição de um programa de EAN para a Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS) na terceira idade.

O arcabouço teórico do estudo tem suas bases na Teoria das Representações Sociais (TRS), proposta pela primeira vez em 1961 por S. Moscovini. A TRS é uma forma de conhecimento socialmente elaborado e compartilhado que contribui para a construção de uma realidade comum social (JODELET, 2002) cujo objetivo prático é explicar os fenômenos do homem, a partir de uma perspectiva coletiva, sem perder de vista à individualidade (SÁ, 1998; RAMOS e TORRES, 2012).

O DSC consiste numa forma não matemática nem metalinguística de representar o pensamento de uma dada coletividade, o que se faz mediante uma série de operações metodológicas sobre os depoimentos. Estes depoimentos culminam em discursos-síntese que reúnem respostas de diferentes indivíduos, com conteúdos discursivos de sentidos semelhantes, sendo que cada um desses depoimentos coletivos veiculam uma determinada e distinta opinião ou posicionamento (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2006).

2 I OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar a percepção de idosos portadores de Síndrome Metabólica participantes de um grupo de Educação Alimentar e Nutricional sobre a eficácia de um programa de intervenção nutricional para a Promoção da Alimentação Adequada e Saudável na terceira idade.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar a percepção dos idosos sobre o hábito alimentar cotidiano.
- Identificar o conceito de alimentação saudável na população de idosos.
- Avaliar a percepção de idosos sobre um programa de intervenção nutricional para a prática autônoma e voluntária de hábitos alimentares mais saudáveis, no tratamento nutricional da Síndrome Metabólica, antes e após a participação em um grupo operativo.

3 I MÉTODO

3.1 Material

A pesquisa foi realizada no Programa de Diabetes do Centro de Especialidades Médicas (CEM), localizado no Município de Pindamonhangaba, São Paulo. Participaram da pesquisa, idosos portadores de SM, integrantes de um Programa de Educação Alimentar e Nutricional em grupo, para a Promoção da Alimentação Adequada e Saudável. As respostas foram obtidas via entrevista antes e após o processo de intervenção sócio-educativa, sendo que cada participante respondeu a três questões estruturadas e abertas.

3.2 Desenho do Estudo

O presente estudo tem uma abordagem qualiquantitativa baseada na metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo. É um novo enfoque em pesquisa, com perspectiva metodológica que utiliza a opinião dos entrevistados sob a forma de depoimento discursivo, visando tornar clara uma dada representação social sobre um Programa de EAN, para Promoção da Alimentação Adequada e Saudável na terceira idade.

O DSC consiste numa forma não matemática, nem metalinguística, de representar o pensamento de uma dada coletividade, o que se faz mediante a uma série de operações sobre os depoimentos. Estes depoimentos culminam em discursos-síntese que reúnem respostas de diferentes indivíduos com conteúdos discursivos de sentidos semelhantes.

3.3 Amostra do Estudo

A Amostra do Estudo foi obtida em relação ao número total de 60 pacientes atendidos pelo Programa de Diabetes do Centro de Especialidades Médicas (CEM), no período de três meses, estimada em cerca de 30 idosos. A forma de convocação aos interessados foi por meio da comunicação verbal precedida de convite individual.

A escolha dos sujeitos da pesquisa foi do tipo não aleatório e intencional mediante uma triagem para SM (Anexo A), realizada para selecionar idosos portadores de SM,

considerando a idade, os dados antropométricos e exames laboratoriais, bem como a disponibilidade para participarem da pesquisa, segundo Critérios de Inclusão e Exclusão.

3.4 Critérios de Inclusão e Exclusão

Os Critérios de Inclusão da pesquisa consistiram nos seguintes aspectos:

- Tinham idade entre 60 e 85 anos.
- Participaram regularmente do Programa de Diabetes.
- Apresentaram como pré-requisito a circunferência da cintura maior que 94 cm para homens e 80 cm para mulheres, ambos com diagnóstico nutricional sobrepeso ou obesidade, somada a dois fatores de risco cardiovascular, que incluem triglicérides plasmáticos superiores a 150 mg/dL, HDL-Colesterol em concentrações inferiores a 40 mg/dL para homens e 50 mg/dL para mulheres, pressão sanguínea maior que 130x85 mmHg e níveis de glicose plasmáticas superiores a 100 mg/dL em jejum.

Os Critérios de Exclusão da pesquisa consistiram nos seguintes aspectos:

- Participaram de outros programas de EAN na rede pública ou particular.
- Apresentaram deficiência visual ou auditiva, disfunções neurológicas ou cognitivas que pudessem interferir no aprendizado sobre alimentação saudável ou na comunicação durante as entrevistas.
- Tinham agendamento prévio de procedimentos cirúrgicos hospitalares.

3.5 Coleta de Dados

A coleta de dados foi desenvolvida em duas etapas:

- Procedimentos da Coleta de Dados.
- Aplicação dos Instrumentos da Coleta de Dados.

A. Procedimentos da Coleta de Dados

Foram realizados os seguintes procedimentos:

1. Agendamento de dia, hora e local com os idosos selecionados.
2. Esclarecimento do estudo e seus objetivos.
3. Apresentação e explicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo C), que deveria ser aceito ou não pelo idoso.

B. Aplicação dos Instrumentos da Coleta de Dados

Foram realizados os seguintes procedimentos:

1. Mensuração da circunferência abdominal.

2. Entrevista individual gravada e registro no Protocolo de Triagem para SM (Anexo B).

3. Cópia dos exames laboratoriais bioquímicos ou relatório de auto-monitoramento da glicemia.

3.6 Programa Qualiquantisoft®

O Programa Qualiquantsoft® é um *software* desenvolvido pela Sales e Paschoal Informática, em parceria com a Universidade de São Paulo (USP), por intermédio da Faculdade de Saúde Pública e os professores Fernando Lefèvre e Ana Maria Cavalcante Lefèvre, criadores da metodologia do DSC. O programa, como *software* do DSC, destina-se a viabilizar pesquisas desenvolvidas com essa metodologia, tornando-as mais ágeis e práticas, aumentando assim o alcance e a validade dos resultados (SILVA, 2012).

3.7 Aspectos Éticos da Pesquisa

O estudo atende às disposições da Resolução nº466/2012 do CNS/MS, referente às pesquisas com seres humanos, submetida ao Sistema CEP/CONEP (Comitê de Ética em Pesquisas e Conselho Nacional de Ética em Pesquisa) via Plataforma Brasil. Todos os participantes voluntários foram esclarecidos quanto aos objetivos, os riscos e os benefícios da pesquisa. Suas identidades e informações foram mantidas em sigilo, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo C).

Coube salientar ainda que, existem desconforto e risco mínimo para o entrevistado, voluntariado, justificado pelos benefícios que a pesquisa poderá trazer à população geriátrica. Além disso, os participantes eram livres para recusarem e/ou retirarem seu consentimento ou ainda interromperem sua participação em qualquer momento da pesquisa. Os dados foram coletados após a aprovação do estudo, sob emissão do parecer nº 1486538, no dia 11 de abril de 2016, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Taubaté (UNITAU), Taubaté, São Paulo.

3.8 Entrevista

Optou-se pela elaboração do Roteiro de Entrevista A e B (Anexo B), com questões envolvendo histórias ou situações clínicas relacionadas ao tema investigado que abordavam as percepções dos idosos sobre o Hábito Alimentar Cotidiano, o conceito de Alimentação Saudável e, principalmente, a contribuição de um Programa de Educação Alimentar e

Nutricional, para a prática autônoma e voluntária de hábitos alimentares mais saudáveis no tratamento nutricional da SM. Na unidade de saúde, foi realizado um pré-teste com três idosos assistidos pelo referido programa, visando possíveis adequações às questões norteadoras do roteiro de entrevistas A e B, conforme descritas abaixo.

3.9 Questões Abertas

Roteiro de Entrevista A:

1. Me fale o que você acha da alimentação de Dona Maria? Você acha que ela fez boas escolhas? Por quê?

As questões foram apresentadas aos idosos após a primeira palestra de apresentação (abertura) do Programa de Educação Alimentar e Nutricional: Prato Saúde Brasil.

Roteiro de Entrevista B:

1. Você seria capaz de cuidar da sua própria alimentação? Como fez a Dona Maria?

2. É possível ter uma alimentação saudável com os alimentos que o brasileiro tem em casa para comer todos os dias?

Essas duas questões foram aplicadas após o término do Programa de Educação Alimentar e Nutricional. As entrevistas foram realizadas individualmente, por um entrevistador treinado, em sala reservada, gravadas para posterior transcrição literal.

A realização das entrevistas ocorreu com autorização prévia pela Coordenação do Programa de Diabetes e da Secretaria de Saúde e Assistência Social do município de Pindamonhangaba (ANEXO D).

3.10 Local do Estudo

A definição do local da pesquisa pelo Programa de Diabetes no Centro de Especialidades Médicas foi:

- A atuação do nutricionista no Ambulatório de Nutrição Clínica, referência no desenvolvimento de ações para a Promoção da Alimentação Adequada e Saudável;
- A oferta de serviços de atendimento ambulatorial especializado em Diabetes Melito Tipo 2 e Síndrome Metabólica;
- A realização mensal de Oficinas de Nutrição com um cronograma de quatro encontros semanais, conforme descrito no Quadro 03.

3.11 Cronograma de Atividades

As atividades de Educação Alimentar e Nutricional em grupos, sob orientação do nutricionista ocorreram, semanalmente, às quartas-feiras, período matutino, horário das 8:00 às 9:00h, seguido de plantão de dúvidas de trinta minutos aos idosos e familiares.

Ciclo de Encontros	Oficina de Nutrição
1ª Semana	Apresentação do Programa de EAN, dos Grupos de Alimentos, os Alimentos *Diet* e *Light* e Adoçantes.
2ª Semana	Atividades Cognitivas e Lúdicas para elaboração das refeições: Café da Manhã de Rei e Lanche de Coringa.
3ª Semana	Atividades Cognitivas e Lúdicas para elaboração das refeições: Almoço de Rainha e Café da Tarde de Príncipe.
4ª Semana	Atividades Cognitivas e Lúdicas para elaboração das refeições: Jantar de Princesa e Ceia de Mendigo.

Quadro 03 – Cronograma de Encontros das Oficinas de Nutrição no Programa de Diabetes/CEM, Pindamonhangaba, em 2016.

3.12 Método de Análise

Para a análise e interpretação dos depoimentos foi empregada a metodologia do DSC (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2003) associado ao *software* Qualiquantisoft®. Na construção do DSC foram utilizadas as seguintes figuras metodológicas: Expressões-Chave (ECH), Ideias Centrais (IC), Categorias (CT) e o DSC. Segundo os mesmos autores:

- As ECH são *trechos* de entrevistas selecionadas do material verbal ou transcrições literais dos depoimentos que revelam a essência do conteúdo das representações;
- As IC são *expressões linguísticas* que revelam e descrevem de maneira sintética e resumida o sentido presente nas ECH de cada uma das respostas;
- As CT são *nomes* que descreve de maneira mais sintética e precisa possível o sentido presente em cada conjunto de IC;
- O DSC resume o exposto nas várias ECH, tomando por base à mesma IC que são comuns a um determinado discurso coletivo (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2003).

Em síntese, os depoimentos foram tabulados e organizados em uma sequência de operações metodologicamente definidas: (1) seleção de ECH de cada depoimento; (2) identificação da IC de cada uma das ECH; (3) classificação de cada IC ou conjunto de IC complementares em CT; (4) reunião das ECH, referente às IC semelhantes ou complementares, que resultaram em um conjunto nuclear do discurso ou discurso-síntese, redigido na primeira pessoa que é o próprio DSC (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2003).

A técnica do SDC tem suas bases na Teoria das Representações Sociais (TRS). A TRS é uma forma de conhecimento socialmente elaborado e compartilhado, que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social (JODELET, 2001), cujo

objetivo prático é explicar os fenômenos do homem, a partir de uma perspectiva coletiva, sem perder de vista a individualidade (SÁ, 1998).

A pesquisa social proporciona uma investigação do "ser humano em sociedade, de suas relações e instituições, de sua história e de sua produção simbólica, que estão relacionadas a interesses e circunstâncias socialmente conectadas". (MINAYO, 2010). Assim, as práticas de EAN em grupo favorecem as discussões das representações sociais da alimentação, uma vez que essas pessoas expressam a realidade das concepções sobre o comer e suas necessidades biológicas e sociais (FREITAS, et., 2011).

4 I RESULTADOSE DISCUSSÃO

4.1 Caracterização do Grupo Estudado

Os idosos que participaram do estudo apresentaram características específicas desse segmento populacional, a partir do registrado no Protocolo de Triagem para Síndrome Metabólica (anexo). Os 30 idosos tinham idade entre 60 e 83 anos com média de 66,96 anos. Em sua totalidade, 24 idosos eram do sexo feminino (80,00%) e 6 idosos do sexo masculino (20,00%). No que se refere ao grau de escolaridade (instrução), 16 apresentaram 1º grau incompleto (56,67%), 8 o 1º grau completo (26,67%) e 5 o 2º grau completo (16,67%), conforme demonstrado na **Tabela 07.**

Características	Entrevistados
Sexo Feminino (%)	80,00
Sexo Masculino (%)	20,00
Idade (anos)	66,96
Primeiro Grau Incompleto (%)	56,67
Primeiro Grau Completo (%)	26,67
Segundo Grau Completo (%)	16,67

Tabela 07. Características dos entrevistados por sexo, idade e grau de escolaridade (instrução).

Fonte: Programa de Diabetes no Centro de Especialidades Médicas, Pindamonhangaba/SP, em 2016.

Segundo estudo realizado pelo Censo Demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no ano 2000[1], o grau de escolaridade dos idosos é baixo, para ambos os sexos. Esse resultado pode ser atribuído às características sócio-econômicas e culturais da população e às políticas de educação inerentes nas décadas de 1930 e 1940,

1 Fonte:Censo Demográfico 2000: resultados do universo: microdados. Rio de Janeiro: IBGE, 2002. 21 CD-ROM; IBGE, Censo Demográfico 2000.

quando o acesso à escola era ainda muito restrito, especialmente para as mulheres. E, considerando ainda, o número médio de anos de estudos dos idosos na mesma pesquisa, o valor encontrado para 2000 continuava sendo muito baixo: apenas 3,4 anos, sendo 3,5 anos para homens e 3,1 anos para as mulheres.

4.2 Discurso do Sujeito Coletivo

Tendo em vista que o material discursivo dos depoimentos é sucinto, incipiente e relevante nos âmbitos das políticas públicas de alimentação e nutrição, com ênfase no tratamento nutricional das principais doenças crônicas contemporânea, optou-se por apresentar na integralidade os DSC na intenção de oferecer harmonia e fluidez textual, mediante a classificação do conjunto de IC ou ainda de cada IC em CT, pois estas descrevem de maneira mais sintética e precisa possível o sentido presente das IC.

Em síntese, a apresentação dos resultados da pesquisa foi estruturada da seguinte forma: as três questões centrais norteadoras do estudo foram classificadas em três eixos temáticos em consonância com os objetivos específicos (**Quadro 04**), posteriormente foram agrupadas e identificadas em CT a partir do conjunto de IC complementares ou, ainda, de cada IC e, na sequência foram apresentados os respectivos DSC.

Questão	Eixo Temático
1. Me fale o que você acha da alimentação de Dona Maria? Você acha que ela fez boas escolhas? Por quê?	Alimentação Saudável
2. Você seria capaz de cuidar da sua própria alimentação? Como fez a Dona Maria?	Eficácia ou Contribuição do Programa de EAN
3. É possível ter uma alimentação saudável com os alimentos que o brasileiro tem em casa para comer todos os dias?	Hábito Alimentar Cotidiano

Quadro 04 – Classificação das Questões Centrais da Pesquisa em três Eixos Temáticos, segundo objetivos específicos.

4.3 Primeiro Eixo Temático: Alimentação Saudável

A seguir, apresenta-se a **Tabela 08** e **Gráfico 01** com frequência de categorias das respostas extraídas dos depoimentos referente à percepção dos idosos sobre o conceito Alimentação Saudável. As respostas revelam escolhas pontuais que não produzem propriamente um discurso. No entanto, a observação de frequência de respostas aponta para uma projeção do pensamento coletivo dos idosos sobre essa temática.

Categorias	Freqüência Absoluta (n)	Freqüência Relativa (%)
A – Escolha para manter a glicose em dia	1	3,33
B – Escolha não adequada	3	10,00
C – Escolha saudável para qualidade de vida	3	10,00
D – Escolha para controlar a diabetes	8	26,67
E – Escolha pelas frutas e verduras	4	13,33
F – Escolha por grupo de alimentos	9	30,00
G – Escolha para diminuir o açúcar	1	3,33
H – Simplesmente uma boa escolha	1	3,33
Total	**30**	**100,00**

Tabela 08. Frequência Absoluta e Relativa de Categorias das respostas referente à Percepção dos Idosos sobre o conceito de Alimentação Saudável.

Fonte: Programa de Diabetes no Centro de Especialidades Médicas, Pindamonhangaba/SP, em 2016.

TOTAL DE IDEIAS	30
TOTAL DE ENTREVISTADOS	30

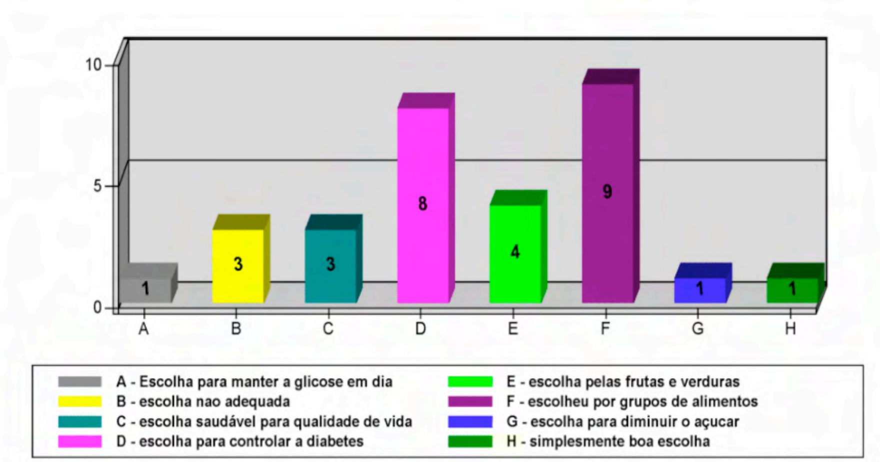


Gráfico 01. Distribuição da Frequência Absoluta de Categorias das respostas referente à Percepção dos Idosos sobre o conceito de Alimentação Saudável

Fonte: Programa de Diabetes no Centro de Especialidades Médicas, Pindamonhangaba/SP, em 2016.

Em relação à percepção dos idosos sobre o conceito de Alimentação Saudável, verifica-se na Categoria F que 9 idosos responderam que a Dona Maria fez a escolha de alimentos por Grupo de Alimentos, o que representa 30,00% dos depoimentos (Tabela 08). Essa ideia está associada ao conceito de uma Alimentação Saudável ou Equilibrada por meio da combinação dos três Grupos de Alimentos (Energético, Construtor e Reguladores),

sendo este o fundamento base do referido Programa de Educação Alimentar e Nutricional.

Na Tabela 08 e Gráfico 01 pode-se observar que 10 idosos (33,33%), alocados nas Categorias A, D e G, relataram que o comportamento de escolhas de alimentos tem como finalidade o controle da diabetes, a diminuição e manutenção do açúcar no sangue (glicemia), em função de serem participantes inscritos no Programa de Diabetes.

Foi observado ainda na Categoria E que 4 idosos, o que representam 13,33% dos depoimentos, associaram a Alimentação Saudável à escolha restrita de frutas e verduras, o que pode indicar um conceito popular equivocado sobre a temática em questão.

Dentre as categorias onde os idosos relataram sua percepção acerca de uma Alimentação Saudável com fins específicos, a Categoria C com 3 idosos (10,00%) relataram que a Dona Maria fez uma escolha saudável para a qualidade de vida, a Categoria B com 3 idosos (10,00%) que a escolha dela não foi adequada e a Categoria H com apenas 1 idoso (3,33%), que ela simplesmente fez uma boa escolha alimentar.

O processamento dos depoimentos da questão em estudo resultou em oito CT identificadas de A até H, cujo material discursivo permitiu elaborar oito DSC:

CT F: Escolha por Grupo de Alimentos. IC destacada em 9 (30,00%) dos 30 depoimentos.

> **DSC 1.1:** *"Essa alimentação que a Dona Maria escolheu eu acho que é saudável, por que tá tudo dentro do padrão que a gente está assistindo e participando. Ela lembrou de escolher os três tipos de alimentos pelas cores: da parte amarela dos energéticos, da parte verde dos reguladores e como é que chama o outro? Construtores (risos). Então, tudo que ela tá comprando eu acho saudável porque ela balanceou bem os alimentos da compra dela e porque são alimentos que tem que ter na nossa alimentação, desde que equilibradamente dentro das 6 refeições que você faz por dia. Ela trocou o açúcar pelo adoçante. É o melhor pra saúde, pro corpo da gente é importante e quem tem diabetes tem que ir atrás disso aí".*

Nas respostas à primeira questão, a Ideia Central com maior número de participantes, 9 (30,00%) dos 30 depoimentos gerou a CTF: Escolha por grupo de alimentos, conforme apresentado no Discurso do Sujeito Coletivo 1.1 (DSC1.1). Os entrevistados salientaram o conceito de Alimentação Saudável por meio da escolha dos Grupos de Alimentos (Energéticos, Construtores e Reguladores), representados respectivamente, pelas cores amarelo, vermelho e verde. Essa percepção de Alimentação Saudável está centrada na recomendação da *Roda dos Alimentos* que incluem alimentos em proporções iguais. Conforme mencionado no DSC 1.1, esse padrão de orientação alimentar possibilita um espaço saudável e até mesmo descontraído para o aprendizado da Educação Alimentar e Nutricional como estratégia de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável, a partir da realização de atividades cognitivas e lúdicas com alimentos, enquanto prática motivadora e mediadora da compreensão real de uma alimentação balanceada.

CT D: Escolha para Controlar a Diabetes. IC destacada em 8 (26,67%) dos 30 depoimentos.

> **DSC 1.2:** *"Ela fez boas escolhas pra gente que tem diabete. Ela pensô bem, foi no mercado e modifico os mantimentos e as frutas pro bem dela, por causa do diabetes que é muito alto. O controle que ela aprendeu nas aulas, isso ai é muito bom pra controlar o diabetes, só neste sistema que consegue controlar o diabetes. Assim, acho ainda que a Dona Maria escolheu a atitude certa para combater e eliminar a diabetes. A alimentação que ela fez tá tudo equilibrado! A gente que tem o diabete tem que comê as coisas assim... e as pessoas que têm diabetes ficam ciente disso para conseguir controlar a diabetes, a pressão e ainda fazer bem pra ela".*

A segunda Ideia Central com maior número de participantes, 8 (26,67%) dos 30 depoimentos, culminou com a CT D: Escolha para controlar a diabetes, como apresenta o Discurso do Sujeito Coletivo 1.2 (DSC1.2). Foi verificado que os idosos reconhecem que a escolha de alimentos mais saudáveis é uma prática que tem como essência a mudança de comportamento alimentar dos indivíduos (VINCHA, 2013). Essa percepção dos idosos está relacionada com a abordagem cognitivo-comportamental, onde o indivíduo é um produto do meio que vivência em todas as etapas da vida e mediada por três eventos sucessivos: estímulo, resposta e reforço (MACENA, 2002). O comportamentalismo e a conscientização estão vinculados ao histórico da Educação em Saúde, que se respalda em condutas de saúde certas ou erradas (VINCHA, 2013). Nesse modelo assistencial, se responsabiliza unicamente os sujeitos-pacientes pela saúde ou doença, já que os profissionais de saúde expõem condutas ou recomendações oferecendo a opção de seguirem ou não (GAZZINELLI, et al., 2005; RENOVATO e BAGNATO, 2010).

CT A: Escolha para Manter a Glicose em Dia. IC destacada em 1 (3,33%) dos 30 depoimentos.

> **DSC 1.3:** *"Então... no começo ela não fez uma boa escolha, mas depois sentiu que tinha que fazer certinho, daí ela está fazendo certo, está bem equilibrada pra manter a glicose em dia".*

CT G: Escolha para Diminuir o Açúcar. IC destacada em 1 (3,33%) dos 30 depoimentos.

> **DSC 1.4:** *"Ela fez boas escolhas por que comendo esses alimentos sobe menos o açúcar dela, que então vai ficar controlada".*

CT C: Escolha Saudável para Qualidade de Vida. IC destacada em 3 (10,00%) dos 30 depoimentos.

> **DSC 1.5:** *"Então, eu acho que a Dona Maria fez boas escolhas, infelizmente não tô lembrando o que ela escolheu, mas na hora eu percebi que a escolha dela é saudável, ela vai passar ter uma alimentação equilibrada, uma dieta equilibrada! Ela pensou no viver, pensou no bem-estar dela, escolheu mudar a situação dela, por que ela tem doença que precisa tomar uma mudança na alimentação; ela escolheu os alimentos de acordo a gente aprendeu aqui".*

CT B: Simplesmente uma Boa Escolha. IC destacada em 1 (3,33%) dos 30 depoimentos.

> **DSC 1.6:** *"Eu acho muito boa a escolha que foi feito".*

Numa expressão complementar à IC do DSC 1.2, os DSC 1.3, DSC 1.4, DSC 1.5 e DSC 1.6 apontam para a importância de fazer boas escolhas de alimentos cotidianos, de acordo com o aprendizado no Programa de Educação Alimentar e Nutricional em questão, que visa uma Alimentação Saudável para diminuir a glicemia, controlar a diabetes e, sobretudo, ter consciência do autocuidado por meio de boas escolhas alimentares.

CT E: Escolha pelas Frutas e Verduras. IC destacada em 5 (16,67%) dos 30 depoimentos.

> **DSC 1.7:** *"Ela fez uma boa escolha, pois ela escolheu as verduras, legumes, frutas e com isso vai mudar a vida dela também. Na parte de salada tá tudo certinho e é lógico que não deve faltar pelo nosso pobrema, pois ajuda na nossa saúde né! Então, eu achei legal o que ela fez, tá ótimo a alimentação dela".*

CT B: Escolha Não Adequada. IC destacada em 3 (10,00%) dos 30 depoimentos.

> **DSC 1.8:** *"Na minha opinião, os três primeiros eu acho que não fez boas escolhas, nos demais tá tudo certinho; eu diminuiria nos três primeiros, os outros tá bom sim. No amarelo foi que ela exagerou um pouco, o vermelho tá normal e verde normal também. Então, acho que mais ou menos ela fez a escolha certa né, mas, a gente ainda tem um pouco de dificuldade".*

O sexto e sétimo DSC foram fundamentais para trazer à tona dois preceitos populares na área da alimentação e nutrição. O primeiro refere-se ao consumo "exclusivo" de alimentos vegetais como sinônimo de alimentação saudável, cuja prática alimentar contínua implica em déficits nutricionais em longo prazo. E, o segundo refere-se ao consumo de dietas restritivas ou "proibitivas" em alimentos energéticos, especialmente os carboidratos complexos. Essas ideias mostram que um dos problemas recorrentes no modelo assistencial ainda são as práticas de "dietas da moda" que acabam operando centralmente na produção do cuidado e da cura e não a Promoção da Alimentação Adequada e Saudável. Os preceitos de uma Alimentação Equilibrada incluem a oferta de carboidratos entre 50 a 60% do Valor Calórico Total (VCT), dando-se preferência para os complexos e integrais.

4.3.1 Segundo Eixo Temático: Contribuição de um Programa de EAN

A segunda questão de investigação deste estudo refere-se à Percepção dos Idosos sobre a Eficácia ou Contribuição de um Programa de Educação Alimentar e Nutricional na PAAS.

A Tabela abaixo apresenta a frequência de categorias das respostas extraídas dos depoimentos dos idosos referente ao tema central da pesquisa **(Tabela 09 e Gráfico 02)**.

Categorias	Freqüência Absoluta (n)	Freqüência Relativa (%)
A – Sou capaz de cuidar da alimentação	8	26,67
B – Sou capaz de ter uma alimentação cotidiana saudável	6	20,00
C – Sou capaz de cuidar pelos benefícios do autocuidado	2	6,67
D – Sou capaz de cuidar com disciplina e meta	2	6,67
E – Sou capaz de cuidar para controlar a diabetes	2	6,67
F – É difícil evitar comer alguns alimentos	4	13,33
G – Sou capaz de seguir a orientação alimentar	4	13,33
H – Não sou capaz de cuidar da alimentação	1	3,33
I – É difícil devido ao preço alto dos alimentos	1	3,33
Total	**30**	**100,00**

Tabela 09. Freqüência Absoluta e Relativa de Categorias das Respostas referente à Percepção dos Idosos sobre a Contribuição de um Programa de Educação Alimentar e Nutricional.

Fonte: Programa de Diabetes no Centro de Especialidades Médicas, Pindamonhangaba/SP, em 2016.

TOTAL DE IDEIAS	30
TOTAL DE ENTREVISTADOS	30

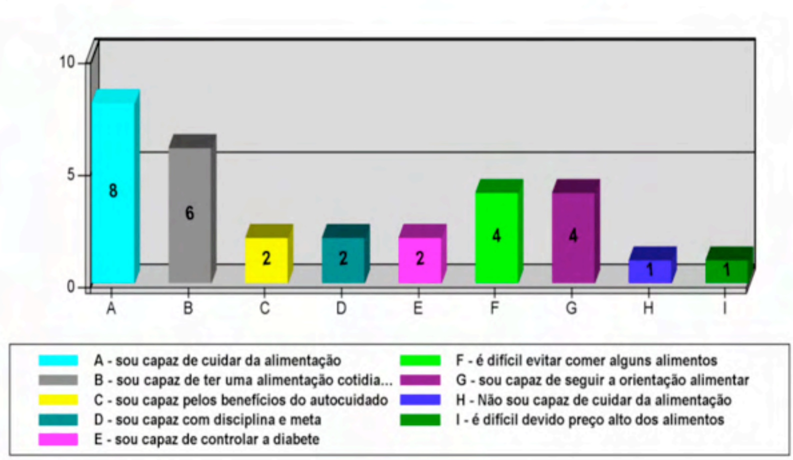


Gráfico 02. Distribuição da Frequência Absoluta de Categorias das Respostas referente à Percepção dos Idosos sobre a Contribuição de um Programa de Educação Alimentar e Nutricional

Fonte: Programa de Diabetes no Centro de Especialidades Médicas, Pindamonhangaba/SP, em 2016.

Na Tabela 09 e Gráfico 02 a Categoria com destaque foi a CT A, onde 8 idosos relataram serem capazes de cuidar da alimentação, o que representa 26,67% dos

depoimentos; seguido da CT B, no qual 6 idosos reforçam a ideia citada anteriormente, o que representa 20,01% do total dos depoimentos; por fim, a CT G, onde 4 idosos descrevem seu empoderamento para seguir a Orientação Alimentar, que receberam durante o acompanhamento nutricional, o que representa 13,33% dos depoimentos.

Merecem ainda destaque mais três categorias associadas à contribuição do referido programa. A primeira é a *CT C: Sou capaz de cuidar pelos benefícios do auto-cuidado,* cuja IC é referida em 2 (6,67%) dos 30 depoimentos. A segunda é a *CT D: Sou capaz de cuidar com disciplina*, cuja IC é referida em 2 (6,67%) dos 30 depoimentos. E a terceira é a *CT E: Sou capaz de controlar a diabetes*, cuja IC é referida em 2 (6,67%) dos 30 depoimentos, perfazendo um total de 20,01% dos depoimentos.

Em virtude dos dados mencionados, pode-se observar que 24 idosos (80,00%), alocados nas categorias A, B, C, D, E, G, relataram uma contribuição favorável do referido Programa de Educação Alimentar e Nutricional para a PAAS na Terceira Idade.

O processamento dos depoimentos resultou em 9 DSC a partir de 2 conjuntos de CT: uma onde os idosos reconhecem serem capazes de cuidar da alimentação cotidiana e outra onde os idosos apresentam dificuldades relacionadas ao comportamento alimentar.

CT A: Sou capaz de Cuidar da Minha Alimentação. IC destacada em 8 (26,67%) dos 30 depoimentos.

> **DSC 2.1:** *"Sim, sou capaz de cuidar da minha alimentação como fez a Dona Maria. Ela fez uma boa escolha, foi bem-sucedida e eu faço isso também. Estou muito bem, já perdi peso, já emagreci e foi muito bom".*

CT B: Sou capaz de ter uma Alimentação Cotidiana Saudável. IC destacada em 6 (20,00%) dos 30 depoimentos.

> **DSC 2.2:** *"Sim, com certeza! Eu sô capaz de cuidar da minha alimentação por que escolho bem o que eu vou comer e tenho tudo dentro de casa, tudo fresco e sem química nenhuma. Eu tenho capacidade para isso e hoje minha alimentação tá cem por cento. Foi muito bom o que consegui aprende nas aulas com esse programa e tô satisfeito com tudo que eu aprendi aqui. Emagreci e tô agora mais saudável do que antes. A partir do momento que eu participei dessas orientações, senti o resultado muito bom na parte da alimentação, pois a diabetes tava 360 e veio pra 99. Eu era doida por massa, hoje já controlo mais e passo muito bem da minha alimentação. Enfim, é uma coisa que eu tenho muito a agradece".*

CT G: Sou capaz de seguir a Orientação Alimentar. IC destacada em 4 (13,33%) dos 30 depoimentos.

> **DSC 2.3:** *"Sim. Agora eu cuido da minha alimentação do jeito que eu aprendi e estou seguindo direitinho. Antes era tudo descontrolado. Eu já tinha feito o programa, mas não cumpria direito as regras. Agora tô seguindo e cumpro direitinho o que foi passado, pois acho que é pro meu próprio bem. Hoje com*

essa nova oportunidade de participar, resolvi aplicar direitinho tudo que me foi passado e você acredita que eu tenho acordado com a uma glicemia de 95? Agora tomei a decisão de mudar e tô vendo o resultado. No entanto, só preciso conseguir acertar uma coisinha, que é o horário do meu jantar, pois eu ainda ando jantando um pouquinho tarde, mais tô tentado! A gente tem que sempre olhar os alimentos corretos, né! Os que a gente pode e os que não pode eliminar logo, e ainda, comer no horário certo".

CT C: Sou capaz de Cuidar pelos Benefícios do Autocuidado. IC destacada em 2 (6,67%) dos 30 depoimentos.

DSC 2.4: *"Com certeza por que a gente tem que pensar nos benefícios que essa mudança traz pra nóis, o cuidado no dia a dia. Quem gosta da gente é a gente mesmo né! Se a gente não fazer, quem vai fazê? Então a gente tem que fazê".*

CT D: Sou capaz de Cuidar com Disciplina e Meta. IC destacada em 2 (6,67%) dos 30 depoimentos.

DSC 2.5: *"Sim. É só você querer e ai com esforço consegue chegar até as medidas possíveis, que é muito importante! A gente é mais ou menos aquilo que a gente come e tem que saber comer na hora certa também".*

CT E: Sou capaz de Controlar a Diabetes. IC destacada em 2 (6,67%) dos 30 depoimentos.

DSC 2.6: *"Eu acho que sô, pois depois do que aprendi naquelas reuniões que eu assisti aqui melhorou bem. Foi uma experiência muito boa por que a diabete abaxô, tá normal, não suspendeu mais, meu pé (diabético) tá melhorando cada vez mais e eu emagreci. Tá tudo correndo bem pra nóis que acompanha direito e pra nóis é vantagem fazer isso ai. Quê se nóis naum fazê isso, mais tarde vai dá mais trabaio pra nóis. Então, é melhor a gente evita.*

Foi observado que a maioria dos idosos reconhece mudanças significativas no comportamento alimentar, particularmente ao relatarem a autonomia para cuidar da própria alimentação cotidiana com fins específicos de saúde, seguindo as Orientações Alimentares que receberam durante o acompanhamento nutricional em grupo e ainda, ao associarem os efeitos da adoção de práticas alimentares mais saudáveis ao controle de sua doença com impacto positivo no próprio bem-estar e na qualidade de vida.

Em uma sociedade é comum as pessoas se organizarem para fins específicos, como forma de enfrentar as dificuldades cotidianas. Neste sentido, os espaços e estratégias grupais para abordagens educativas em saúde, principalmente na Atenção Básica de Saúde, tem sido uma prática assistencial em várias DCNTs (REZENDE, 2011).

Nesta dimensão socializadora da Promoção de Saúde, considera-se que o empoderamento das pessoas implica em provê-las de informações significativas que sejam vistas, sentidas e utilizadas como insumos para a tomada autônoma de decisão (LABONTE, 1998).

Na última década, com a perspectiva de reorientação do modelo de atenção à saúde no Brasil, a abordagem preventivista deixou de ser exclusiva e a Educação em Saúde passou a incorporar um novo enfoque: o da escolha informada, que enfatiza o indivíduo, sua privacidade e dignidade em poder decidir sobre a sua vida, auxiliado pela informação técnica qualificada (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2004).

A definição de autonomia está relacionada ao empoderamento, pois se refere à capacidade dos indivíduos e grupos poderem decidir sobre as questões que lhe dizem respeito nas múltiplas esferas, como saúde, política, economia, social e cultural, mobilizando-o para perceber-se como parte integrante desse conjunto (VINCHA, 2013). Essa abordagem está direcionada à Educação Dialógica em Saúde, conceituada como uma filosofia e metodologia de educação que visa à aprendizagem a partir dos conhecimentos dos indivíduos, problematizando-os com suas realidades, no sentido da transformação social (ANDERSON e FUNNELL, 2010; WIGGINS, 2011).

Essa visão se difere um pouco das demais categorias mencionadas a seguir. Como se observa na Tabela 09 cerca de 20,00% dos idosos relatou algum tipo de dificuldade relacionada ao comportamento de escolhas de alimentos; 4 idosos (13,33%) relataram que é difícil a restrição de certos alimentos do cotidiano, tendo que substituí-los por alimentos com fins especiais, como os *diet* e *light.* Esse percentual de idosos que relataram que é difícil evitar alguns alimentos do próprio cotidiano pode indicar uma escassa frequência nas atividades educativas desenvolvidas pelo grupo.

Dentre os idosos que relataram outras dificuldades inerentes ao comportamento alimentar cotidiano, 3,33% relatou a falta de tempo e motivação para cuidar da própria alimentação e 3,33% à falta de recursos físicos para a aquisição de alimentos, em função da alta inflação dos alimentos na fase da coleta de dados da pesquisa.

CT F: É difícil Evitar de Comer Alguns Alimentos. IC destacada em 4 (13,33%) dos 30 depoimentos.

> **DSC 2.7:** *"É difícil, pois sou eu que faço a comida em casa e não é fácil fazer e não comer. Ás vezes eu descuido, mais eu também cuido. Como arroz, macarrão, essas coisas, mais eu corrijo e volto a comer arroz com feijão, uma verdura, um legume cozido, mas não é muito não. A carne vermelha eu quase não como por que eu não gosto, prefiro come um peixe ou um frango cozido. Já com coisa doce eu consigo evitar. Apesar de que, eu trabalho. Então, no trabalho fica difícil fazer uma alimentação correta, como se deve ser feito para um diabético. Então, eu tento pelo menos, compro tudo light e diet que é necessário para a minha saúde no dia-a-dia".*

CT H: Não sou capaz de Cuidar da Alimentação. IC destacada em 1 (3,33%) dos 30 depoimentos.

DSC 2.8: *"Ultimamente, eu não tenho um certo tempo pra cuida somente da alimentação. Dá até vergonha dizê que eu tô perdendo coisa na geladeira, por que fica lá e quando lembro... já não da mais pra fazê. Apesar disso, eu tento faze".*

CT I: É difícil devido ao Preço Alto dos Alimentos. IC destacada em 1 (3,33%) dos 30 depoimentos.

DSC 2.9: *"É meio difícil pois as coisas tão tudo caro no supermercado. Mas, eu posso sim, depois que eu passei aqui".*

4.3.2 Terceiro Eixo Temático: Hábito Alimentar Cotidiano

O presente eixo temático refere-se à Percepção dos Idosos sobre o seu Hábito Alimentar Cotidiano. A Tabela e o Gráfico abaixo apresentam a frequência de categorias das respostas extraídas dos depoimentos dos idosos, realizada após a participação dos idosos no Programa de Educação Alimentar e Nutricional **(Tabela 10 e Gráfico 03).**

Categorias	Freqüência Absoluta (n)	Freqüência Relativa (%)
A – Pesquisando o preço dos alimentos	7	23,33
B – Consumindo alimentos saudáveis em casa	3	10,00
C – Difícil devido aos alimentos com agrotóxicos	1	3,33
D – Seguindo a orientação alimentar	6	20,00
E – Simplesmente é possível	3	10,00
F – Não é possível devido ao alto preço dos alimentos	4	13,33
G – Difícil com alimentos da cesta básica	2	6,67
H – Difícil restringir alguns alimentos	1	3,33
I – É possível devido à fartura de alimentos	1	3,33
J – Às vezes sim e não	1	3,33
L – É possível com disciplina e vontade	1	3,33
Total	**30**	**100,00**

Tabela 10. Frequência Absoluta e Relativa de Categorias das respostas referente à Percepção dos Idosos sobre o Hábito Alimentar Cotidiano.

Fonte: Programa de Diabetes no Centro de Especialidades Médicas, Pindamonhangaba/SP, em 2016.

Conforme se observa na Tabela 10 e Gráfico 03, cerca de 74,00% dos idosos, alocados nas categorias A, B, D, E, I e L, responderam que é possível ter uma alimentação saudável com os alimentos que a população brasileira tem em casa para comer diariamente; 23,33% algum tipo de dificuldade ao hábito alimentar cotidiano, conforme mencionado

nas categorias C, F, G e H; e na categoria J 3,33%, que às vezes sim e às vezes não é possível ter uma alimentação saudável em seu cotidiano. O alto percentual de idosos nas categorias A, B, D, E, I e L apontam uma maior acessibilidade física e financeira dos idosos ao Programa de Educação Alimentar e Nutricional, por meio da prática autônoma e voluntária de alimentos expressos na listagem de alimentos na Tabela 01 e a Figura 03.

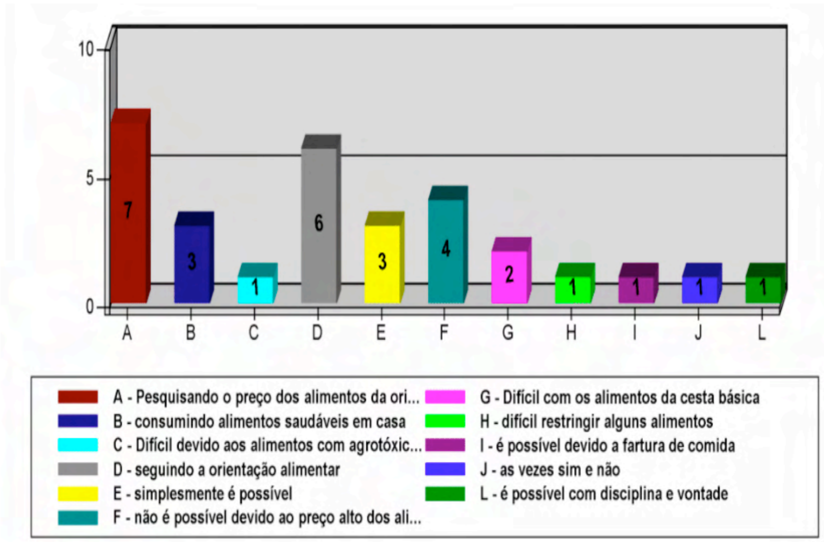


Gráfico 03. Distribuição da Frequência Absoluta de Categorias de Respostas referente à Percepção dos Idosos sobre o Hábito Alimentar Cotidiano

Fonte: Programa de Diabetes no Centro de Especialidades Médicas, Pindamonhangaba/SP, em 2016.

A análise dos depoimentos resultou em 11 DSC a partir de 2 conjuntos de CT distintas: uma onde os idosos reconhecem que é possível ter uma alimentação saudável com os alimentos que o brasileiro tem em casa para comer diariamente; outra, onde os idosos apresentam algumas dificuldades de acessibilidade física, financeira e sanitária aos alimentos, como uma condição desmotivadora à adesão ao tratamento nutricional.

CT A: Pesquisando o Preço dos Alimentos. IC destacada em 7 (23,33%) dos 30 depoimentos.

> **DSC 3.1:** *"Olha... apesar de tá tudo tão caro devido a crise, é só pesquisar preço e seguir certinho que dá certo. Eu acho que pelo menos o frango que é uma carne boa, dá pra comprar por que é mais acessível pros brasileiros e o resto tem em casa. A gente vai na feira pra pechinchar um pouco e ter a variedade com alimentos que tá de época, aqueles que são mais barato. A gente faz um esforço, aperta um pouquinho e consegue controlar sim. Se você não pode, você troca pelo alimento que pode compra e controla assim. É... tem que andar muito, tem que procura, vê onde tem promoção, aonde a gente encontra mais barato ou mais acessível na feira ou no mercado".*

CT B: Consumindo Alimentos Saudáveis em Casa. IC destacada em 3 (10,00%) dos 30 depoimentos.

> **DSC 3.2:** *"Olha... eu acho que sim, por que a gente tem tudo em casa, onde eu mesmo planto e eu mesmo colho, então a minha alimentação é bem saudável. Eu também gosto de ir na feira no sábado que daí vem da roça, os alimentos da roça são mais saudável do que o do supermercado, que tem que escolher muito bem, pois a maioria tem muito agrotóxico. E, como a gente tem tudo em casa, eu substituo o pão pelo biscoito, evito comer o bolo, principalmente o de fubá... então eu não como".*

CT D: Seguindo a Orientação Alimentar. IC destacada em 6 (20,00%) dos 30 depoimentos.

> **DSC 3.3:** *"Tem que saber escolher os alimentos que nóis tem em casa, que não sobe muito a diabetes e que o nutricionista ensinou: a quantidade certa de alimentos, o horário certo e não exagera né! Fazendo tudo certo conforme a gente aprendeu aqui, claro que a gente chega no ideal, que é o propósito da saúde. A pessoa tem que se dedica a alimentação e seguir a orientação por que tem pessoas que não tem uma alimentação adequada. Tem coisa em casa que não é bom a gente força cumê, por exemplo, comê poco arrois, a farinha e outras coisas que também sobe a diabetes. Mas, regulando tudo certinho é possível sim, pois com o que eu aprendi aqui, consegui controlar melhor as coisas e tô bem melhor". Enfim, regulando tudo certinho é possível sim, pois com o que eu aprendi aqui, consegui controlar melhor as coisas e tô bem melhor".*

CT E: Simplesmente é possível. IC destacada em 3 (10,00%) dos 30 depoimentos.

> **DSC 3.4:** *"Sim. Eu acho que é possível sim".*

CT I: É possível devido à Fartura de Alimentos. IC destacada em 1 (3,33%) dos 30 depoimentos.

> **DSC 3.5:** *"Sim, pois o brasileiro esbanja muito comida, joga muita coisa boa fora".*

CT L: É possível com Disciplina e Vontade. IC destacada em 1 (3,33%) dos 30 depoimentos.

> **DSC 3.6:** *"É possível se o brasileiro se controlar e ter força de vontade".*

CT J: Às vezes sim e não. IC destacada em 1 (3,33%) dos 30 depoimentos.

> **DSC 3.7:** *"Às vezes pode e às vezes não pode".*

A maioria dos idosos referiu ser possível ter uma alimentação saudável por meio da escolha adequada de alimentos que fazem parte do hábito e da prática alimentar cotidiana,

da substituição por alimentos mais baratos, naturais e saudáveis na feira ou supermercado, da quantidade adequada de alimentos e do horário das refeições.

Os discursos acima direcionam para a abordagem humanista da Educação em Saúde que tem o conceito de que o homem é arquiteto de si mesmo. A base do conhecimento repousa na experiência individual e se concretiza a partir da interpretação pessoal e das relações com pessoas auto-realizáveis, flexíveis e adaptáveis criativamente (MACENA, 2002). Neste sentido, verificou-se a importância de conhecer como os sujeitos (idosos) dão significado às suas necessidades alimentares ou à comida em seu cotidiano. Para tal, a escuta atenta aos idosos assegurou a compreensão parcial dos problemas cotidianos e a análise na dimensão da cultura, dos sentidos e dos significados da alimentação saudável cotidiana. Afinal, não é à toa que a escuta é um elemento humanizador essencial do cuidado em saúde (REZENDE, 2011; FREITAS, 2007).

Outra estratégia de Educação Alimentar e Nutricional mencionada e valorizada pelos idosos é o atendimento nutricional em grupo educativo. Os processos educativos são tidos como a chave nas intervenções preventivas no âmbito coletivo (ARAUZ et al., 2001; LIMA, 2000) e ganham uma perspectiva conceitual ampliada quando associada à proposta recente da Educação em Saúde. Segundo Alves (2005), a Educação em Saúde é considerada como um recurso terapêutico pelo qual o conhecimento cientificamente produzido e intermediado pela equipe multiprofissional de saúde, atinge a vida das pessoas para adoção de novos hábitos e condutas de saúde.

Nos contextos que envolvam indivíduos ou grupos com patologia ou agravo, a Educação Alimentar e Nutricional é considerada um recurso terapêutico que integra um processo de cuidado e cura da patologia ou agravo (BRASIL, 2012). Analogicamente, o Programa de Educação Alimentar e Nutricional "Prato Saúde Brasil" promoveram ao grupo de idosos a realização de atividades cognitivas e lúdicas com alimentos que a população brasileira tem em casa para comer em seu cotidiano e, sobretudo, a socialização da informação sobre a Alimentação Saudável, por meio de um diálogo entre o conhecimento científico e cultural, conforme evidenciados pelos DSC 3.1, DSC 3.2, DSC 3.3 e DSC 3.5.

A identificação dos Grupos de Alimentos, referencial do programa de intervenção nutricional, é um conhecimento primordial para o trabalho de Educação Alimentar e Nutricional na população (CÁRDENAS et al., 2013). Em conformidade, a eficácia desse tipo de intervenção nutricional está diretamente ligada a fatores de interesse dos idosos ao que foi proposto na atividade lúdica por meio da elaboração compartilhada das 6 refeições cotidianas: Café da Manhã de Rei, Lanche de Coringa, Almoço de Rainha, Café da Tarde de Príncipe, Jantar de Princesa e Ceia de Mendigo. Logo, o tipo de linguagem, o tipo de informação e o tipo de metodologia escolhido para atrair a atenção e estimular o diálogo entre educandos e educador foram requisitos fundamentais para a contribuição favorável dessa intervenção educacional em grupo (RAMOS, 2012).

É importante salientar ainda, que a representação social do processo educativo, como um momento em que a "fala" (opinião) é o recurso educativo mais importante e frequente, é recorrente nos discursos construídos com outras opiniões sobre esse eixo temático (REZENDE, 2011). Assim, a tônica apresentada nos discursos a seguir, sobre o Hábito Alimentar Cotidiano são algumas das dificuldades apresentadas pelos idosos sobre a acessibilidade física, financeira e sanitária dos alimentos cotidianos, como uma condição desmotivadora para possíveis mudanças negativas no comportamento alimentar.

Esses discursos estão associados a um agente externo, causador da doença, que deve ser combatido como um inimigo à saúde como o açúcar, o sal, a diabetes, a hipertensão arterial, etc. Ademais, tais "vilões" estão fortemente associados a outros fatores de risco envolvidos na etiopatogênia da Síndrome Metabólica, como os aspectos culturais da sociedade contemporânea, as desigualdades sociais e de saúde, dentre outros, dificultando possíveis mudanças no comportamento alimentares cotidiano dos idosos (GAZINELLI, et al., 2005; LOPES e TOCANTINS, 2012; VINCHA, 2013).

Outro aspecto importante a ser ressaltado é o fato de não ocorrer, na maioria das vezes, uma ação imediata de mudança de comportamento, já que esta implica em um processo contínuo de reflexão e transformação. Entretanto, como vantagem destaca-se o desejo de mudanças gradativas nos hábitos alimentares, visto que é responsável pela construção de novos sentidos e significados da alimentação cotidiana (FIGUEIREDO et al., 2010). Por fim, assinala-se a importância de não apenas identificar e quantificar as experiências e conhecimentos dos idosos sobre a alimentação saudável, mas, por meio de uma escuta qualificada, reconhecê-los e envolvê-los no processo educativo *continuum*, considerando suas condições de vida e limitações cotidianas.

CT F: Não é possível devido ao Alto Preço dos Alimentos. IC destacada em 4 (13,33%) dos 30 depoimentos.

> **DSC 3.8:** *"Não é possível, pois no momento com a crise que tá, num tem condições devido ao preço que tá hoje a alimentação. As coisas tá tão cara né! Não é só pra pobre que tá, o rico também agora tá começando a aperta o cinto um pouco por que o negócio tá feio! Mas, dentro do possível... pode comer sim. A gente faz o possível ou tenta pelo menos. Mas, vamos ver no que dá. Tô tentando, tô fazendo a minha parte né. É minha saúde, eu gosto de mim".*

CT G: Difícil com Alimentos da Cesta Básica. IC destacada em 2 (6,67%) dos 30 depoimentos.

> **DSC 3.9:** *"Olha... se for pensar só no que tem em casa com a cesta básica, é meio difícil. Por que só o que tem em casa, não dá pra fazer uma alimentação saudável com proteínas, vegetais, verduras e minerais. Esses alimentos que faltam nas cestas básicas, a gente tem que adquiri. A gente tem que sair e comprar o alimento correto da dieta, que se a gente for comer o que tem em casa acaba comendo errado. Eu só aprendi a comer certo depois que passei aqui".*

CT C: Difícil devido aos Alimentos com Agrotóxicos. IC destacada em 1 (3,33%) dos 30 depoimentos.

> **DSC 3.10:** *"É possível, mas tá meio difícil por causa que a alimentação de hoje tá meio contaminada com agrotóxico e outras coisas. Mas, a gente procura e acha em alguma feira ou alguma pessoa que tem uma horta em casa, onde eles trabalham com produtos saudáveis. Depende da gente ter um pouquinho de boa vontade, procurando... acha".*

CT H: Difícil restringir alguns alimentos. IC destacada em 1 (3,33%) dos 30 depoimentos.

> **DSC 3.11:** *"Eu acho que não, por que tem muita coisa que a gente tem em casa que não pode comer nem pode ser bom pra mim".*

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um dos grandes desafios atuais no campo da gerontologia e geriatria é o aumento da prevalência das DCNT na velhice. Apesar dos múltiplos fatores que determinam o comportamento alimentar dos idosos, aspectos relacionados à adoção de alimentação cotidiana com elevado valor energético e reduzido teor de fibras, vitaminas e minerais sugerem contribuição favorável à ocorrência da Obesidade Visceral e comorbidades, como DM tipo 2, HAS, Dislipidemias e Depressão e Compulsão Alimentar, que culminam com a etiopatogênia da SM e parecem explicar, em partes, as limitações dos alcances terapêuticos na SM.

O comportamento alimentar é complexo e considerado um elemento importante para o sucesso de intervenções educativas nutricionais em grupos. Para tal, a presente pesquisa teve por objetivo avaliar a percepção de idosos portadores de SM sobre a contribuição de um Programa de Educação Alimentar e Nutricional à Promoção da Alimentação Adequada e Saudável, o que inclui a escolha, pré-preparo, preparo e o consumo de alimentos cotidianos que os idosos têm em casa para uma alimentação equilibrada na prevenção ou tratamento nutricional da SM.

Com o estudo foi possível constatar que a maioria dos idosos reconhece mudanças significativas e gradativas no comportamento alimentar, particularmente, ao relatarem sua autonomia e independência para cuidar da própria alimentação cotidiana com fins específicos de saúde. Os discursos coletivos dos idosos sugerem uma contribuição favorável do Programa de EAN “Prato Saúde Brasil” para a Promoção da Alimentação Adequada e Saudável na terceira idade.

No estudo verificou-se que 80% dos idosos são capazes de cuidar (autocuidado) da própria alimentação cotidiana. Essa percepção somada aos aspectos positivos de mudanças nas práticas e hábitos alimentares referenciadas nos depoimentos, coincidentes com as Orientações Alimentares do Programa de EAN e adequada à realidade alimentar dos idosos portadores de SM, parece indicar uma contribuição favorável das ações socioeducativas em promover mudanças positivas no comportamento alimentar dos idosos.

Os discursos coletivos referentes à Percepção dos Idosos sobre o conceito da Alimentação Saudável, revelaram que as atividades cognitivas e lúdicas realizadas com os Pratos de Alimentos, durante o encontro de abertura para apresentação do referido programa de EAN, foi considerada facilitadora para imediata compreensão de 30% dos idosos em relação ao conceito da Alimentação Saudável, bem como um instrumento de apoio para o ensino-aprendizado na elaboração compartilhada das 6 refeições cotidianas nos encontros sequenciais.

A respeito da percepção dos idosos sobre o Hábito Alimentar Cotidiano, constatou-se que 73% dos idosos referiu ser possível ter uma alimentação saudável, por meio da escolha de alimentos que fazem parte do próprio hábito alimentar cotidiano. Neste

contexto, o programa de EAN promoveu ao grupo de idosos a realização de atividades lúdicas com alimentos do cotidiano e, sobretudo, a socialização da informação a respeito da alimentação saudável, por meio de um diálogo constante entre o conhecimento científico e cultural (popular).

Acredita-se que a contribuição do referido programa de intervenção nutricional esteja diretamente relacionada a assuntos de interesse dos idosos, bem como a realização de atividades cognitivas e lúdicas com alimentos cotidianos na elaboração compartilhada das 6 refeições diárias: Café da Manhã de Rei, Lanche de Coringa, Almoço de Rainha, Café da Tarde de Príncipe, Jantar de Princesa e Ceia de Mendigo. Logo, o tipo de linguagem, o tipo de informação e o tipo de referencial teórico e operacional escolhido para atrair a atenção e estimular o diálogo entre o conhecimento científico (educador) e cultural (educandos) foram requisitos fundamentais para a contribuição favorável da intervenção nutricional em grupo.

Por fim, o presente estudo assinala para a necessidade de aprimoramento do Programa de EAN Prato Saúde Brasil, enquanto protótipo de um recurso educativo e terapêutico para Educação Alimentar e Nutricional em grupo de idosos portadores de DCNT, com sugestão de estudos observacionais ou de acompanhamento do processo educativo, sem perder de vista a subjetividade humana por meio de novas pesquisas qualiquantativas que explorem a percepção dos idosos.

REFERÊNCIAS

ACÚRCIO, Ana Rita; RODRIGUES, Luís Monteiro. Os Ritmos da Vida - Uma Visão Actualizada da Cronobiologia Aplicada. **Rev. Lusóf. Ciênc. e Tecnol. da Saúde**. América do Norte, 2010.

ALVES, Vânia Sampaio. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 39-52, 2005.

ANDERSON, Robert M.; FUNNELL, Martha M. Patient empowerment: myths and misconceptions. **Patient education and counseling**, v. 79, n. 3, p. 277-282, 2010.

ARÁUZ, Ana Gladys et al. A community diabetes educational intervention at the primary-care level. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 9, n. 3, p. 145-153, 2001.

BENTO, Isabel Cristina. Perfil sociodemográfico, nutricional e psicossocial dos usuários dos restaurantes e refeitórios populares de Belo Horizonte – MG: fundamento para a elaboração de uma intervenção educativa alimentar e nutricional [dissertação] Belo Horizonte: 2012.

BERNARDI, Fabiana et al. Transtornos alimentares e padrão circadiano alimentar: uma revisão. **Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, v. 31, n. 3, p. 170-176, 2009.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas**. – Brasília, DF: MDS; Secretaria de Segurança Alimentar e Nutricional, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias de promoção da alimentação saudável para o nível local.** Brasília, DF: MS; Secretaria de Atenção à Saúde – Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Glossário Temático: alimentação e nutrição.** Brasília, DF: MS; Secretaria de Atenção à Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição.** Brasília: MS, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Alimentos e Nutrição. **Vigilância Alimentar e Nutricional.** Brasília: CGAN, 2012a. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_vigilancia_alimentar.php. Acesso em: 22 de abr. 2016.

BRASIL. Portaria nº154 de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – Nasf. **Diário Oficial da União**, Brasília, 24 de jan. 2008b. Seção 1, p.47.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes do Nasf**: núcleo de apoio saúde da família. Brasília: MS, 2010b. (Cadernos de Atenção Básica, n.27).

CAMARANO, Ana Amélia; KANSO, Solange. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: FREITAS, Elizabete Viana et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia.** 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. p.58-73.

CAMILO, Stela Maria Bittencourt et al. Vigilância nutricional no Brasil: criação e implementação do Sisvan. **Ver. APS.**, Juiz de Fora, v.14, n.2, p.224-8, abr./jun. 2011.

CARDENAS, Alexandra Pava. **Educação alimentar e nutricional em nível de atenção primária à saúde em São Paulo e Bogotá: cenário e temáticas**. 2013. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública.

CAVALCANTI, Christiane Leite et al. Prevalência de doenças crônicas e estado nutricional em um grupo de idosos brasileiros. **Rev. Salud. Pública**, Bogotá, v. 11, n. 6, 2009.

CAVALCANTI, Christiane Leite et al. Programa de intervenção nutricional associado à atividade física: discurso de idosas obesas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, p. 2383-2390, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRIÇÃO – Resolução CFN Nº 334/2004 (Nova Redação). Código de Ética do Nutricionista.

DIAS, Juliana Chioda Ribeiro; SANTOS, Luana Caroline dos; COUTINHO, Vanessa Fernandes. Aspectos clínicos e nutricionais na síndrome metabólica. **Rev. Bras. Nutr. Clín.** São Paulo, v. 24, n. 1, p. 72-78, 2009.

FIGUEIREDO, Maria Fernanda Santos; RODRIGUES-NETO, João Felício; LEITE, Maísa Tavares Souza. Modelos aplicados às atividades de educação em saúde. **Rev. bras. enferm**, v. 63, n. 1, p. 117-121, 2010.

FREITAS, Maria do Carmo Soares et al. Hábitos alimentares e os sentidos do comer. In: DIEZ, Rosa Wanda Garcia, CERVATO, Ana Maria Mancuso. Mudanças alimentares e educação nutricional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.

FREITAS, C. M. S. M. et al. Aspectos motivacionais que influenciam a adesão e manutenção de idosos a programas de exercícios físicos. **Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum**, v. 9, n. 1, p. 92-100, 2007.

GAZZINELLI, Maria Flávia et al. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p. 200-206, 2005.

HARB, Ana Beatriz Cauduro et al. Síndrome do comer noturno: aspectos conceituais, epidemiológicos, diagnósticos e terapêuticos. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 23, n. 1, p. 127-136, 2010.

IBGE. **Censo Demográfico 2010.** 2010. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/pindamonhangaba. Acesso em:20 de novembro de 2015.

JODELET, Denise (Org.). **As representações sociais.** Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001.

LABONTE, Ronald. Health promotion and the common good: towards a politics of practice. **Critical Public Health**, v. 8, n. 2, p. 107-129, 1998.

LEFÈVRE, Fernando; LEFÈVRE, Ana Maria Cavalcanti. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa (desdobramentos). Caxias do Sul: EDUCS, 2003.

LEFÈVRE, Fernando; LEFÈVRE, Ana Maria Cavalcanti. Promoção de Saúde. 2004.

LEFÈVRE, Fernando; LEFÈVRE, Ana Maria Cavalcanti. O sujeito coletivo que fala. **Interface.** São Paulo, v. 10, n. 20, p. 517-520, 2006.

LIMA, Roberto Teixeira et al. Educação em saúde e nutrição em João Pessoa, Paraíba. **Rev. nutr**, v. 13, n. 1, p. 29-36, 2000.

LOPES, Rosane; TOCANTINS, Florence Romijn. Promoção da saúde ea educação crítica. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, n. 40, p. 235-248, 2012.

MACENA, Raimunda Hermelinda Maia. Tendências pedagógicas e Educação em Saúde. **Anima**, v. 1, n. 5, p. 29-36, 2002.

MACIEL, Marjorie Ester Dias. Educação em saúde: conceitos e propósitos. **Cogitare Enfermagem**, [S.l.], v. 14, n. 4, dez. 2009. ISSN 2176-9133. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/16399/10878>. Acesso em: 02 jul. 2016.

MANCINI, Marcio C.; HALPERN, Alfredo. Aspectos fisiológicos do balanço energético. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 230-248, 2002.

MARQUES, Ana Paula de Oliveira et al. Envelhecimento, obesidade e consumo alimentar em idosos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, 2007.

MARTINS, Cristina; SAEKI, Simone Luriko. Guias Alimentares e a Pirâmide: livro-aula. Paraná: Nutroclínica, 2005.

MENDES, Alessandro Ribeiro. Pão de Obesidade: recheado com colesterol, uma pitada de hipertensão e sobremesa diabetes. Taubaté: Casa Cultura, 2014.

MORAIS, Luciene. A assistência do terapeuta ocupacional para pessoas com anorexia nervosa: relato de experiência. **Medicina (Ribeirão Preto. On-line)**, v. 39, n. 3, p. 381-385, 2006.

NAJAS, Myrian Spinola et al. Padrão alimentar de idosos de diferentes estratos socioeconômicos residentes em localidade urbana da região sudeste, Brasil. **Ver. Saúde Pública**, v. 28, n. 3, p. 187-91, 1994.

OLIVEIRA, José Eduardo Dutra de; MARCHINI, José Sérgio. Ciências Nutricionais: aprendendo a aprender. São Paulo: SARVIER, 2008.

PAULA, Hudsara Aparecida de Almeida et al. Comparação de diferentes critérios de definição para diagnóstico de síndrome metabólica em idosas. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 95, n. 3, p. 346-353, 2010.

PENEDO, Letícia Abel. Impacto da restrição nutricional de triptofano na modulação do sistema serotoninérgico e na plasticidade de projeções retinotectais [dissertação]. Niterói: Universidade Federal Fluminense; 2008.

PEREZ, Glória Heloise; ROMANO, Bellkiss Wilma. Comportamento alimentar e síndrome metabólica: aspectos psicológicos. **Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo**, v. 14, n. 4, p. 544-550, 2004.

REDENUTRI. **Qualidades e limitações da Política Nacional de Alimentação e Nutrição.** Brasília: Redenutri, 2009. Disponível em: http://189.28.128.100/nutricao/docs/redenutri/qualidade_e_limitacoes_pnan.pdf. Acesso em: 22 de abr. 2016.

RENOVATO, R.D.; BAGNATO, M.H.S. Práticas educativas em saúde e a constituição dos sujeitos ativos. **Texto Contexto Enferm.,** v. 19, n. 3, p. 554-62, 2010.

REZENDE, Ana Maria Bartels. **Ação educativa na Atenção Básica à Saúde de pessoas com diabetes mellitus e hipertensão arterial: avaliação e qualificação de estratégias com ênfase na educação nutricional. 2011**. 2011. Tese de Doutorado. Tese (Doutorado em Nutrição em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

RIBEIRO, Fernando Filho. et al. Gordura visceral e síndrome metabólica: mais que uma simples associação. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, São Paulo, v. 50, n. 2, p. 230-238, 2006.

RIGO, Júlio César et al. Prevalência de síndrome metabólica em idosos de uma comunidade: comparação entre três métodos diagnósticos. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 93, n. 2, p. 85-91, 2009.

RAMOS, Natascha Façanha Silva. Identificação das estratégias de educação alimentar e nutricional desenvolvidas pelos núcleos de apoio à saúde da família no Distrito Federal como forma de promoção da saúde. 2012.

SÁ, Celso Pereira. Construção do objeto de pesquisa em representações sociais. Rio de Janeiro: EDUERJ, 1998.

SALAROLI, Luciane B. et al. Prevalência de síndrome metabólica em estudo de base populacional. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.** Vitória, v. 51, n. 7, p. 1143-1152, 2007.

SANTOS, Glenda Dias dos; RIBEIRO, Sandra Maria Lima. Aspectos afetivos relacionados ao comportamento alimentar dos idosos frequentadores de um centro de convivência. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 319-328, 2011.

SANTOS, Ligia Amparo da Silva. Educação alimentar e nutricional no contexto da promoção de práticas alimentares saudáveis. **Ver. Nutr**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 681-692, 2005.

SANTOS, Ligia Amparo da Silva. O fazer educação alimentar e nutricional: algumas contribuições para reflexão. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 455-462, 2012.

SCHERER, Fernanda; VIEIRA, José Luiz da Costa. Estado nutricional e sua associação com risco cardiovascular e síndrome metabólica em idosos. **Rev. Nutrição**, Campinas, v. 23, n. 3, p. 347-355, 2010.

SENA, José Ednaldo Alves. Composição corporal e qualidade de vida em idosos de João Pessoa – PB [dissertação]. João Pessoa: Universidade Estadual da Paraíba. 2002.

SHAROVSKY, Lilian et al. Tratamento não-farmacológico da síndrome metabólica: visão do psicólogo e do nutricionista. **Rev. Bras. Hipertens.**, v. 12, n. 3, p. 182-185, 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 84, supl. 1, p. 3-28, 2005.

SOUZA, Aline Corrêa de, COLOMÉ, Isabel Cristina dos Santos, COSTA, Lílian Escopelli Deves, OLIVEIRA, Dora Lúcia Leidens Corrêa de. A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção em saúde. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), v. 26, n. 2, p. 147-153, 2005.

SOUZA, Irani Gomes dos Santos (Org.). **Nutrição: clínica, esportiva, saúde coletiva e unidades de alimentação e nutrição.** São Paulo: Martinari, 2015.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. Educação popular e atenção à saúde da família. São Paulo: Hucitec; 1999.

VASCONCELOS, Francisco de Assis Guedes; CALADO, Carmem Lúcia de Araújo. Profissão Nutricionista: 70 anos de história no Brasil. **Rev. Nutr.**, Campinas, v.24, n.4, p.605-617, jul./ago. 2011.

VINCHA, Kellem Regina Rosendo. **Práticas de grupo na educação nutricional na atenção primária: uma comparação entre São Paulo e Bogotá**. 2013. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública.

WIGGINS, Noelle. Popular education for health promotion and community empowerment: a review of the literature. **Health Promotion International**, p. dar046, 2011.

ZANATTA, Bruna Marcela; OLIVEIRA, Maria Rita Marques; SOUZA, Noa Pereira Prada de. Consumo alimentar de pessoas obesas com ou sem transtorno de compulsão alimentar periódica, em acompanhamento nutricional ou não. **Rev. Bras. Nutr. Clínica,** São Paulo, v. 23, n. 4, p. 275-281, 2008.

ZANIN, Rosa et al. Percepção sobre a relação entre alimentação e saúde por idosos antes e após um programa educativo. **Nutrire Rev. Socied. Bras. Alim. e Nutrição,** São Paulo, v. 34. n. supl., p. 268, 2011.

ANEXOS

ANEXO A

ROTEIRO DE ENTREVISTA A

Dona Maria é uma dona de casa de 60 anos, mãe de 3 filhos e que têm diabete e pressão alta. Recentemente, resolveu participar de um programa de educação alimentar e nutricional no posto de saúde do seu bairro, onde recebeu dicas sobre alimentação saudável para “baixar” o açúcar no sangue, o tal diabete, e também sua pressão que vive nas alturas.

Essa semana foi ao supermercado fazer compras decidida a controlar de uma vez por todas sua diabete e pressão alta. Antes de sair para as compras, fez uma lista de compras separando os alimentos em 3 grupos de cores: os alimentos energéticos, os alimentos construtores e os alimentos reguladores.

Na lista dos alimentos energéticos, aqueles representados pela cor amarela, havia o arroz, o pão e o óleo. Na lista dos alimentos construtores, representados pela cor vermelha, incluiu o frango, o feijão e o leite. Já em relação aos alimentos reguladores, representados pela cor verde, aproveitou o dia da promoção da feira e escolheu verduras, legumes e frutas da época e mais em conta. Além disso, trocou o açúcar branco pelo adoçante.

(1) Me fale o que você acha da alimentação de Dona Maria? Você acha que ela fez boas escolhas? Por quê?

ROTEIRO DE ENTREVISTA B

Após 1 mês de acompanhamento no programa de educação alimentar e nutricional do seu bairro, Dona Maria voltou ao ambulatório para fazer novos exames de sangue, medir a pressão arterial e verificar seu peso. Surpresa com a diminuição na quantidade do açúcar no sangue, a chamada glicemia, assim como da pressão alta e ainda com uma perda de quase 3 quilos, Dona Maria sente-se mais aliviada e confiante de que é capaz de cuidar melhor da própria saúde através de uma alimentação mais variada ou colorida.

(1) Você seria capaz de cuidar da sua própria alimentação? Como fez a Dona Maria?

2) É possível ter uma alimentação saudável com os alimentos que o brasileiro tem em casa para comer todos os dias?

ANEXO B

PROTOCOLO DE TRIAGEM PARA SÍNDROME METABÓLICA (*International Diabetes Federation,* 2005)

DADOS PESSOAIS

Nome Completo:

Idade:

Data:

DADOS ANTROPOMÉTRICOS

1. Circunferência Abdominal (cintura):   cm.

Valores de Referência (sobrepeso): Homens (> 94 cm) e Mulheres (> 80 cm).

Valores de Referência (obesidade): Homens (> 102 cm) e Mulheres (> 88 cm).

QUESTIONÁRIO DE FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR

2. Você tem diabetes?

( ) Sim

( ) Não

( ) Não sabe

3. Você tem pressão alta?

( ) Sim

( ) Não

( ) Não sabe

4. Você tem colesterol alto?

( ) Sim

( ) Não

( ) Não sabe

5. Você tem triglicérides alto (gordura no sangue)?

( ) Sim

( ) Não

( ) Não sabe

Assinatura do Entrevistador:

Observação: solicitar ao paciente último exame laboratorial de sangue e/ou carteira de saúde (cópia).

ANEXO C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa: ***Percepções de Idosos portadores de Síndrome Metabólica participantes de um Programa de Educação Alimentar e Nutricional para a Promoção da Alimentação Saudável.***

JUSTIFICATIVA, OBJETIVO E PROCEDIMENTOS: a realização do presente estudo justifica-se considerando que as pesquisas recentes na área de Educação Alimentar e Nutricional (EAN) com idosos têm sido pouco detalhadas até o momento, uma vez que esse tema faz parte do cotidiano alimentar de idosos portadores de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), atendidos na saúde pública e/ou coletiva de todo país. O objetivo dessa pesquisa é avaliar a percepção de idosos portadores de síndrome metabólica participantes de um grupo de EAN sobre a eficácia de um programa de intervenção nutricional para promoção da alimentação saudável no tratamento nutricional na síndrome metabólica. O procedimento de coleta de dados será realizado por meio de entrevistas estruturadas e abertas e a opinião dos entrevistados sob a forma de depoimento discursivo antes e após o desenvolvimento de um programa de EAN. Para este procedimento será utilizado um roteiro de entrevista A e B com questões envolvendo histórias ou situações relacionadas ao tema investigado, que será gravado pelo entrevistador no momento do grupo.

DESCONFORTO, RISCOS E BENEFÍCIOS: existe um desconforto e risco mínimo para você ao participar da entrevista, sendo que esses se justificam pelos benefícios que a pesquisa poderá trazer na área de EAN com a população de idosos. O participante não terá benefício direto ou bonificação com a sua participação.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO: você será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer momento que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar quaisquer penalidades ou perda de benefícios. O pesquisador nutricionista irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo absoluto. Os resultados das entrevistas serão confidenciais e sua divulgação será realizada apenas no meio científico e acadêmico. O pesquisador nutricionista compromete-se em utilizar os dados e materiais coletados somente para fins de pesquisa, sem identificação dos participantes. Uma cópia deste documento será arquivada no Curso de Pós-Graduação *Stricto Sensu* – Mestrado

Profissional em Psicogerontologia da Faculdades Educatie e outra será fornecida a você.

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS: a participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma compensação financeira. As entrevistas serão realizadas no próprio local de trabalho do profissional nutricionista que estará coordenando o grupo, em horário e data agendados de acordo com a disponibilidade de cada entrevistado.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, __________________________________ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci todas as minhas dúvidas. Ficaram claros quais são os propósitos da pesquisa, os procedimentos, seus desconfortos e riscos, as garantias de confiabilidade e de esclarecimentos. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas ou bonificações. Também fui informado (a) que poderei retirar meu consentimento a qualquer momento, antes, durante ou após a realização dessa pesquisa, sem penalidade, prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido. O pesquisador certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais.

Em caso de dúvidas ou esclarecimentos poderei entrar em contato com o pesquisador Alessandro Ribeiro Mendes, EMAIL: armpersonaldiet@ig.com.br, no telefone (12) 3633-7450 (INCLUSIVE LIGAÇÕES A COBRAR) ou o Programa de Diabetes, localizado no Centro de Especialidades Médicas “Zizi Polônia Saquetti” no telefone (12) 3644-5916, situado à Rua Doutor Frederico Machado, número 179, Centro – Pindamonhangaba, SP.

Declaro que concordo em participar desse estudo e ainda que recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido.

Assinatura do Participante

Data: ____________

Assinatura do Pesquisador

Data: ____________

ANEXO D

RESULTADOS DA ENTREVISTA

DEPOIMENTO 1____

Resposta 1 – *Então... no começo ela não fez boa uma escolha, mas depois sentiu que ela tinha que fazer certinho, daí ela está fazendo certo, ela está bem equilibrada, ela tá certa... hum... pra qualidade de vida né! Pra que mantenha a glicose em dia né!*

Resposta 2 – *Ela fez uma boa escolha, foi bem-sucedida e eu faço isso também, e estou muito bem, já perdi quilo também... já emagreci... pretendo perder mais um quilo, igual a ela... foi muito bom.*

Resposta 3 – *É, é possível sim, é só pesquisar preço e seguir certinho que dá certo.*

DEPOIMENTO 2 ____

Resposta 1 – *Que ela... hum... é... fez uma boa escolha, né... e... e ela com isso daí vai mudar muito a vida dela também, pois as verduras, né! Ela escolheu tudo certinho... eu achei que tá certo, né... hum... eu acho que tá ótimo a alimentação dela.*

Resposta 2 – *Sim... eu... eu... consigo. Por que eu tenho tudo dentro de casa, tudo fresco né... é sem química nenhuma... então eu tenho capacidade para isso sim, é tudo que eu aprendi aqui. Hoje ta cem por cento minha alimentação, foi muito bom as aulas por que eu só escutava os outros que não sabia de nada também, e eu vim aqui e consegui aprende e mante também... imagreci... então... tô mais saudável do que antes agora.*

Resposta 3 – *O que nóis têm em casa... hum... a gente consegue sim. Por que tem tudo em casa, né... então eu mesmo planto, eu mesmo colho, então a minha alimentação é bem saudável e eu consegui chegar ao que eu cheguei hoje com a ajuda do Doutor. aí.*

DEPOIMENTO 3 ____

Resposta 1 – *Então, eu acho que a D. Maria ela fez uma... uma boa escolha, eu acho que ela foi feliz, primeiro pela decisão de mudar radicalmente a alimentação dela pra ela se sentir melhor e reverter o quadro de hipertensão e diabetes, né! Então... ela fez boas escolhas, infelizmente não tô lembrando o que ela escolheu, mas na hora eu percebi que*

a escolha dela é saudável, ela vai passar ter uma alimentação equilibrada, uma dieta equilibrada!

Resposta 2 – *Com certeza! É facílimo e a gente tem que pensar nos benefícios que essa mudança traz pra nóis, esse cuidado né, no dia a dia.*

Resposta 3 – *Possível é... ta meio difícil por causa de... da alimentação de hoje tá meio contaminada com agrotóxico e outras coisas, mas é possível a gente procura e acha em alguma feira ou alguma pessoa que tem uma horta em casa, eles trabalham com produtos saudáveis. Depende da gente ter um pouquinho de boa vontade, procurando acha.*

DEPOIMENTO 4____

Resposta 1 – *Eu acho que a D. Maria fez uma escolha excelente, ela pensou no viver, pensou no bem-estar dela. Ela escolheu... ã... ô... mudar a situação dela, por que se ela tem doença que precisa de tomar uma mudança na alimentação e desde o café da manhã ao lanche da tarde... desde o café da manhã ao... ã... agora deu um branco... desde o café da manhã ao jantar, ela escolheu tudo aquilo que é necessário para a saúde dela, então ela teve essa mudança, ela vai ver a transformação na vida dela, a saúde dela vai melhorar. Ela vai sentir melhor e outra... ela tá colaborando pra ela mesmo, pra ela tê mais anos de vida, pra lá poder estar vivendo mais, e o quê... aproveitando mais a vida e outra coisa, com essa alimentação ela vai se sentir bem na base do que é necessário pra nós continuar, né... a nossa vida.*

Resposta 2 – *Poderia! Poderia, por que com esforço a gente consegue chegar até as medidas possíveis.*

Resposta 3 – *Não! Não, tem que ser os alimentos que o nutricionista ensinou, né, horário certo, a quantidade certa e não exagera né. Fazendo tudo certo conforme a gente aprendeu claro que a gente chega no ideal né, que é o propósito da saúde estar... num falo 100%, mas uns 90% tá bom né, eu... eu perdi 4 quilos!*

DEPOIMENTO 5 ____

Resposta 1 – *Eu acho né... que ela pensô bem, foi no mercado e modifico, né... mantimentos, as frutas, as coisa dela pro bem dela né, por causa que o diabetes que é muito alto. Então pra abaixa ela fez tudo isso, né, igual eu tento fazer também... rs... na parte da comida ela também modifico, pro bem dela, pra baixar tudo.*

Resposta 2 – *Ah eu acho que...eu sô. Graças a Deus depois daquelas reunião que eu assisti aqui melhorou bem, diabete tá normal não suspendeu mais, né, meu pé tá melhorando cada vez mais (pé diabético), né, e tá tudo correndo bem.*

Resposta 3 – *Depende da comida né, que ele vai comer, tem que saber escolher.*

DEPOIMENTO 6 ____

Resposta 1 – *A D. Maria fez uma boa escolha, o controle que ela aprendeu na... nas... nas aulas. Dela consegui fazer o controle do supermercado, comprar seus materiais certo, que é tirar o carboidrato coloca o... como é que é? o... os alimentos animais... nutrição e os vegetais. Isso ai é muito bom pra controlar o diabetes, só neste sistema que consegue controlar o diabetes.*

Resposta 2 – *Sim posso sim.*

Resposta 3 – *Sim.*

DEPOIMENTO 7 ____

Resposta 1 – *Eu acho que a D. Maria escolheu a atitude certa para combater a Diabetes. A alimentação dela, ela fez a escolha certa, uma escolha boa pra poder eliminar a Diabetes.*

Resposta 2 – *Eu sou capaz!*

Resposta 3 – *Ah, possível não é né... as coisas tá tão cara né, mais dentro do possível pode comer sim.*

DEPOIMENTO 8 ____

Resposta 1 – *Na minha opinião, os três primeiros (arroz, pão e óleo) eu acho que não... nos demais tá tudo certinho, eu diminuiria nos três primeiros, os outros tá bom sim.*

Resposta 2 – *Rs... pra mim é difícil viu... é eu que faço a comida em casa e não é fácil fazer e não comer. De vez em quando eu faço um torresmo que meu marido gosta e eu não consigo resistir... pra mim é muito difícil. O povo lá em casa gosta muito de carne de porco*

aí fica difícil eu gosto muito. Já com coisa doce eu consigo evitar.

Resposta 3 – *Eu acho que sim, por que a gente tem tudo em casa, eu substituo o pão pelo biscoito, evito comer o bolo, principalmente o de fubá que vai um monte de coisa né... tem açúcar, tem o milho... então eu não como.*

DEPOIMENTO 9 ____

Resposta 1 – *Essa alimentação que a D. Maria escolheu eu acho que é saudável, por que tá tudo dentro da... do padrão que a gente tá... é... assistindo, tá... participando. Então... tudo que ela tá comprando eu acho saudável.*

Resposta 2 – É com certeza. Depois que eu passei a participa eu posso muito bem da minha, da minha alimentação, com esse programa que eu tô participando.

Resposta 3 – Sim. Eu acho que sim.

DEPOIMENTO 10 ____

Resposta 1 – *Eu acho que a D. Maria fez uma escolha razoável, né. O arroz... o arroz é um alimento que não faz praticamente é... falta nenhuma na vida da gente, por que é um alimento que só existe pasta né, não tem nutrição, não tem nada nele e na parte da mistura o frango é um bom alimento, né, e também é difícil faltar na mesa do brasileiro por que além do mais ele é um alimento mais barato né. E na parte da verdura é lógico que não deve faltar também pelo nosso pobrema ele ajuda muito na nossa saúde né... a parte de salada, de verdura, essas coisa. Então é isso ai, eu acho que ela fez uma boa escolha sim.*

Resposta 2 – *Sou sim, por que antes era tudo descontrolado, né! Mas agora tá tudo certinho, tô seguindo direitinho o que foi passado.*

Resposta 3 – *Olha apesar de tá tudo caro, eu acho que pelo menos o frango que é uma carne boa dá comprar, só tem que pesquisa! E o frango é mais acessível pros brasileiro, né... e o resto tem em casa, dá pra fazer sim.*

DEPOIMENTO 11 ____

Resposta 1 – *A escolha que a D. Maria fez no meu causo seria eu mesmo, então eu escolhi*

o feijão, o arroz integral e o frango, mas as escolhas que foi feita eu achei que foi boa por que eu tive ótimos resultados. O meu diabetes estava com 360 e hoje eu tô com 120. Eu acho muito boa a escolha que foi feito.

Resposta 2 – *Sim, e eu na verdade eu tenho muito a agradecer, a partir do momento que eu é... participei dessas orientação... e... uma coisa que eu senti o resultado muito bom, foi da parte de alimentação e ai a diabetes tava 360 e ai veio pra 99 e até 110, então tá 99,110... 99, 110... então uma coisa que eu tenho muito a agradece é isso ai.*

Resposta 3 – *Sim, dependendo dá, isso aí é uma... é... a pessoa tem que se dedica né, tem que dedica a alimentação... é... usar o que a pessoa tem de alimentação... é... a pessoa tem que deixa pra trás e seguir a orientação.*

DEPOIMENTO 12 ____

Resposta 1 – *Eu acho que a D. Maria escolheu bem os alimentos por que são todos alimentos né, que tem que ter na nossa alimentação desde que equilibradamente. Por que né, uma coisa de cada vez né. Por que nóis necessitamos do óleo, necessitamos do arroz, mais equilibrado... mais equilibradamente, nóis necessitamos das carnes, né, da proteína e também dos vegetais, legumes e frutas.*

Resposta 2 – *Sim, seria.*

Resposta 3 – *Olha... se for pensar só no que ela tem em casa, é meio difícil. Tem que tê, né, os outros alimento. Vegetais, né, verdura, essas coisa. Por que só o que tem em casa, não dá pra fazer uma alimentação saudável, não. Por que não é só o que a gente tem em casa né... cesta básica né. A gente tem que ter as outras coisas também né. Proteínas né, tem que tê vegetais, minerais... então... são esses alimentos que faltam nas cestas básica né, que a gente tem que adquiri.*

DEPOIMENTO 13 ____

Resposta 1 – *Olha o que eu achei é que... acho que no amarelo ela exagerou um pouco né, que nas outras eu achei que tá tudo bem, num tá? Por que ela escolheu uma alimentação balanceada né. Então foi um pouco do amarelo que exagerou um pouco, o vermelho tá normal e verde normal também.*

Resposta 2 – *Sô capaz sim, e tudo que aprendi é pouco ainda mais tô satisfeito com que*

eu aprendi e sou capaz.

Resposta 3 – *É regulando tudo certinho é possível sim, com o que eu aprendi aqui consegui controlar melhor as coisas e tô bem melhor.*

DEPOIMENTO 14 ____

Resposta 1 – *Eu achei legal a alimentação que ela fez ai, eu também achei que tá tudo equilibrado, pra melhorar bem o diabete dela, né.*

Resposta 2 – *Eu sou capaz de cuidar da minha alimentação como essa mulher fez.*

Resposta 3 – *Eu acho que não, que tem muita coisa que a gente não pode comer né, nem tudo que tem em casa pode falar... pode ser bom pra mim. Por exemplo, como o vinho, eu gosto de tomar uma cervejinha, mas só um copo, mais que isso não tomo, é... muito açúcar, eu tomo só um pouquinho na xícara, na minha xícara eu coloco só uma colherzinha de chá rasa de açúcar, fica até meio amarga se não, não consigo tomar. Bolo não consigo comer por causa do doce dele.*

DEPOIMENTO 15 ____

Resposta 1 – *Ah ela já começou certo né, separando por cores os alimentos, e foi de acordo com a oferta, ela foi adquirindo o produto. Eu acho que tá certíssimo o que ela fez, por que a qualidade, não é tanto... quer dizer a quantidade não é tanto, é a qualidade que interessa. Então dentro das seis refeições que você faz por dia, ela eu acho que balanceou bem a compra dela.*

Resposta 2 – *Sim... é só você querer ai consegue e é importante... é muito importante, por que a gente é mais ou menos aquilo que a gente come, então vamos dizer assim, no sentido de se a gente come porcaria, vai ficar uma porcaria lá dentro, então tem que saber comer na hora certa, fazer as coisas de acordo, tudo tem o seu tempo.*

Resposta 3 – *Sim! É que o brasileiro esbanja muito comida, joga muita coisa boa fora, então... há uma condição controlada por alguns cartéis que infelizmente... eh... estão por aí, aproveitando da ignorância até ai de... da inocência, até por que tem governadores, tem... tem prefeitos que nem sabe o que ocorre vai saber em última hora.*

DEPOIMENTO 16 ____

Resposta 1 – *É ela fez boas escolhas, ela lembrou do alimento energético, dos reguladores e dos... como é que chama o outro mesmo? Construtores. Acho que por que vai ajudar no controle, né.*

Resposta 2 – *É meio difícil né... rs! A gente vai no supermercado as coisas tá tudo caro! Mas eu posso sim. Depois que eu passei aqui, né.*

Resposta 3 – *Às vezes pode ser, mais as vezes não.*

DEPOIMENTO 17 ____

Resposta 1 – *Ah ela fez boas escolhas né, por que o que ela escolheu ai, pra gente que tem diabete é a melhor coisa, de que a gente estava e começa e come massa, essas coisas assim, que eu ela coloca por massa, acho que é por isso que minha diabete vivia muito alta, por que adorava massa. Agora já cortei a massa já tô tudo no que eu posso come. De vez em quando eu extravaso, mas lá uma vez outra, não tô mais como eu fazia, comia direto massa... nossa eu gostava uma massinha, comer uma torta, uma coxinha, agora eu já cortei e senti que melhorei bem.*

Resposta 2 – *Ah sim agora sim, agora eu cuido da minha alimentação do jeito que eu aprendi. O Doutor Alessandro né, ele deu orientações né, agora eu sigo direitinho o que ele passou pra mim, ainda mudo alguma coisa ali e tô me sentindo melhor do que antes. Antes eu sentia muita fadiga, sabe... cansaço devido a alimentação eu já tinha feito o programa com ele mas, não cumpria direito as regras agora eu cumpro direitinho, por que eu acho que é pro meu próprio bem.*

Resposta 3 – *Olha tem que escolher muito bem a maioria tem muito agrotóxico, eu já gosto de ir na feira no sábado que daí vem da roça, os alimentos da roça são mais saudável do que o do supermercado.*

DEPOIMENTO 18 ____

Resposta 1 – *Olha, eu me dei bem fazendo prato assim, várias cores, os alimentos sempre variados, que aí eu ponho duas, três folhas, às vezes três legumes como eu fiz hoje. O arroz eu como integral e peixe. Ela fez certo, foi boa a escolha dela, porque eu acho que fica mais balanceado e não enjoa.*

Resposta 2 – *Ah hoje sim, eu posso cuido da minha alimentação sim, escolho bem o que eu vou comer.*

Resposta 3 – *É tem que andar muito... por que tá muito caro, tem que ir na feira pra pechinchar um pouco pra poder ter a variedade, acho que pra mim tem sido assim.*

DEPOIMENTO 19 ____

Resposta 1 – *Ah eu acho que ela fez boas escolhas, né. Por que ela escolheu os alimentos de acordo conforme a gente aprendeu aqui.*

Resposta 2 – *Claro! Eu conseguiria sim. A gente tem que sempre olhar os alimentos corretos, né! Os que a gente pode e os que não pode eliminar logo ou comer no horário certo também né! Mas eu acho que é possível sim.*

Resposta 3 – *Olha com o que a gente tem em casa não é possível não viu. A gente tem que sair e comprar o alimento correto da dieta, que se a gente for comer o que tem em casa acaba comendo errado, e eu só aprendi a comer certo depois que passei aqui.*

DEPOIMENTO 20 ____

Resposta 1 – *Ah fez ótimas escolhas, por que ajuda bastante na alimentação os legumes, as frutas, ajuda muito, muito mesmo, por que eu tenho prova disso né! Do que eu fiz, da dieta que eu tô fazendo.*

Resposta 2 – *Sim podia sim... podia não, posso! Por que quem gosta da gente é a gente mesmo né, se a gente não fazer quem vai fazê, e a gente tem que fazê.*

Resposta 3 – *É... com muita dificuldade mais tem, tem sim, tem que procura, vê onde tem promoção, aonde a gente encontra mais barato, ou na feira ou no mercado onde tá vendendo com um preço mais acessível, ai a gente consegue. É o que eu acho.*

DEPOIMENTO 21 ____

Resposta 1 – *Eu acho que na parte de legumes frutas e verduras ela fez boa escolha. É o que eu acho, né.*

Resposta 2 – *Sim consigo sim, hoje eu consigo sim.*

Resposta 3 – *Aí fica difícil responde, por que tem pessoas que não tem né, uma alimentação adequada né! Mas é só controlar a quantidade de alimentos.*

DEPOIMENTO 22 ____

Resposta 1 – *Ela fez boas escolhas, por que tá balanceada, eu acho que tá boa e por que é melhor pra saúde né.*

Resposta 2 – *Sim eu consigo.*

Resposta 3 – *Sim, é possível sim.*

DEPOIMENTO 23 ____

Resposta 1 – *Fez boas escolhas né! Por que ela comendo esses alimentos sobe menos e o açúcar dela vai controla.*

Resposta 2 – *Eu cuido né, mas o feijão com o arroz eu não consigo deixar ele, eu como verdura, mas não é muito não.*

Resposta 3 – *Se o brasileiro se controlar e ter força de vontade tem, né!*

DEPOIMENTO 24 ____

Resposta 1 – *Ah... sim ela fez boas escolhas, por que ai ela vai consegui é... regula a diabetes, a pressão, vai fazer bem pra ela.*

Resposta 2 – *Sim com certeza, aprendi bastante coisa né! Eu era doida por massa, hoje já controlo mais.*

Resposta 3 – *No momento com a crise que está num tem condições, tá meio difícil, a gente faz o possível, mais tá difícil.*

DEPOIMENTO 25 ____

Resposta 1 – *Bem ela... ela foi assisti o programa né, então ela teve uma instrução do que seria melhor pra ela, só que essa decisão assim que tô participando tá meio complicado fazê, sabe? Acho que ela fez a escolha certa né, mas, a gente ainda tem um pouco de dificuldade.*

Resposta 2 – *Olha que nem... eu até posso... posso fazê, só que assim... o meu dia-a- dia ultimamente tá tão assim... pequeno, curto que eu não tenho assim um certo tempo pra cuida só dessas parte de alimentação, é até vergonha dizê que eu tô perdendo coisa na geladeira, por que fica lá e quando lembro já não da mais pra fazê, mais eu tento fazê.*

Resposta 3 – *Isso depende do ele tem né, por que tá tão difícil à situação, em geral né! Não é só pra pobre que tá, o rico também agora tá começando a aperta um pouco o cinto por que o negócio tá feio né!*

DEPOIMENTO 26 ____

Resposta 1 – *É... eu assim que descobri que tava com diabete, eu fui procura o programa e me cuida, ai participei da palestra e o nutricionista passou uma relação de alimentos que seriam saudáveis pra minha saúde e eu fui ao supermercado e comprei as coisas, tudinho que ele recomendo e comecei a mudar meu habito alimentar. Graças a Deus, eu tomava cinco medicamentos e agora só tomo dois, minha diabete é controlada a pressão também e... como, e mora comigo um filho, e ele também pegou o habito de come sempre o que eu faço, mesmo ele não sendo diabético, mas é ele acostumou e faz alimentação certa, e eu me sinto bem melhor o programa me ajudou muito e sem a orientação que eu no programa eu acho que eu não conseguiria controlar. Mas graças a Deus... eu to bem, tenho a vida ativa, trabalho, faço tudo o que eu preciso fazer no cotidiano e levo uma vida normal convivendo com o problema, mas controlado. A D. Maria que eu li no texto fez uma escolha boa e a pessoa que tem diabetes ficam ciente disso, se não cumpri certinho as regras de alimentação, atividade física, que com certeza vai ajuda muito e corre... e tem esse fator que é bom que você diminui a medicação, cê vai convive com a diabete controlada e tomando menos remédio e vai vivendo bem.*

Resposta 2 – *Sim eu sô capaz!*

Resposta 3 – *É apesar de tá crise, de tá tudo muito caro, mais a gente vai na feira a gente sempre procura alimentos que tá de época, que é mais barato, geralmente você consegue,*

você faz um esforço e consegue controlar sim, se você não pode, você troca pelo alimento que pode compra e controla assim.

DEPOIMENTO 27 ____

Resposta 1 – *Ah eu acho que fez. Por que tinha os três tipos alimentos ali né, tudo que a gente precisa né, tinha o energético, o construtos e outro lá... o... regulador né!*

Resposta 2 – *Sim, seria! Já tinha feito em uma oportunidade esse programa e com a cabeça cheia não segui como deveria, mas hoje com essa nova oportunidade de participar resolvi aplicar direitinho tudo que me foi passado e você acredita que eu tenho acordado com a uma glicemia de 95? Nunca que eu media e era assim. Agora... graças a Deus eu tomei uma decisão de mudar e tô vendo o resultado, só preciso conseguir acertar uma coisinha... é o meu horário de jantar, eu ainda ando jantando um pouquinho tarde, mais tô tentado!*

Resposta 3 – *Sim. É meio difícil, mais dá sim. Tem que aperta um pouquinho, mais dá sim.*

DEPOIMENTO 28 ____

Resposta 1 – *As escolhas que ela fez, o verde né... as verduras e trocou o açúcar pelo adoçante né, então... ai foi um... por que tirou daquela outra parte, da parte amarela, da parte vermelha também e... tem o arroz, que também o arroz em excesso faiz mau né, sobe o diabete, ela separou esses daí né! Então separo e ela misturou um pouco mais verdura, verdura e um amarelo também e o vermelho que é a carne, a carne também é boa né! Ir atrás disso aí, quem tem diabetes né! É... tem que ir atrás desse aí que ela fez e ta dando certo tudo né! Então... pra nois é vantagem né! Acompanha ela do jeito que ela fez ai... então pra nóis é muito bom isso ai.*

Resposta 2 – *Bom... o que eu aprendi com vocês aqui, tudo aqui... esse tempo... foi uma experiência muito boa, por que eu imagreci, a diabete abaxô, então é... pra nois que acompanha direito, pra nois é vantagem isso ai. Quê se nois naum fazê isso, mais tarde vai dá mais trabaio pra nóis. Então melhor a gente evita logo!*

Resposta 3 – *Ó... tem muita coisa que nóis tem em casa, que nóis tem fazê é poco, tem que comê poco o arrois, tem que i cortando... tem a farinha, tem outras coisas que também a diabete sobe. Então tem coisa em casa que não é bom a gente também força cumê, tem cumê coisa que tem em casa que não sobe muito a diabete.*

DEPOIMENTO 29 ____

Resposta 1 – *Eu acho que ela fez boa escolha. Por que, né! A gente que tem o diabete tem que comê as coisas assim, né! Ela fez boa escola.*

Resposta 2 – *Sim. Cuidaria sim, cuido, um as vezes eu descuido, mais eu cuido, como arroz, macarrão essas coisas, mais eu corrijo e volto a comer arroz com feijão, uma verdura, um legume cozido, carne vermelha eu quase não como por que eu não gosto, então eu como um peixe, um frango cozido.*

Resposta 3 – *Ah... se escolher eu acho que sim, as coisas tá tão caro né!*

DEPOIMENTO 30 ____

Resposta 1 – *Bom eu estou aqui respondendo essas perguntas a... por que o que a D. Maria fez eu achei assim legal o que ela fez, é... escolhendo as verduras e legumes, as outras alimentação né! Em geral pelas cores. Isso por que pro corpo da gente é importante, então... pelo sim, pelo não, o que ela fez foi uma boa escolha.*

Resposta 2 – *Sim. Apesar de que, eu trabalho. Então no trabalho fica difícil, né! Fazer a alimentação correta, como se deve ser feito para um diabético. Então eu tento pelo menos, compro tudo o necessário, faço e compro tudo light e diet, tudo que for mesmo para a minha saúde no dia a dia, né!*

Resposta 3 – *E quase impossível né, por que o preço que tá hoje a alimentação, a gente tenta pelo menos, né! Mas vamos ver no que dá. Tô tentando pelo menos, tô fazendo a minha parte né. É minha saúde, eu gosto de mim né!*

SOBRE O AUTOR

ALESSANDRO RIBEIRO MENDES - Nutricionista Clínico do Programa "Diabetes, Eu Cuido" no Centro de Especialidades Médicas (CEM) da Prefeitura de Pindamonhangaba/SP, Professor Universitário de Nutrição no Centro Universitário UNIFUNVIC/FAPI e Diretor da Empresa DR. NUTRY – Educação em Saúde. E também, é escritor de uma Coleção de Educação Alimentar e Nutricional destinada ao público infanto-juvenil. São eles: Os Super Saudáveis no Combate à Alimentação Fast Food; Pintando os Sete Nutrientes: Alimentação Saudável; Prato Saúde Brasil: Programa de Educação Alimentar e Nutricional; e Pão de Obesidade: recheado com colesterol, uma pitada de hipertensão e sobremesa diabetes. É Graduado (Bacharelado) em Nutrição pela Universidade de Mogi das Cruzes (UMC) e em Formação Pedagógica (Licenciatura) em Pedagogia pelo Centro Universitário Claretiano (CEUCLAR). Possui especialização em Hormônios: Ênfase em Fisiopatologia e Alterações Laboratoriais das Endocrinopatias pela Academia de Ciência e Tecnologia (ACT), Gerontologia Clínica e Social pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP/EPM), Medicina Ortomolecular pela Faculdade de Ciências da Saúde de São Paulo (FACIS/IBEHE) e tem Mestrado em Psicogerontologia: Psicologia do Envelhecimento pelo Instituto Educatie de Ensino e Pesquisa (IEEP). Tem interesse nas áreas de educação alimentar e nutricional, comportamento alimentar, nutrição em doenças crônicas não transmissíveis, neurociência cognitiva e social e reabilitação geronto-geriátrica.

ÍNDICE REMISSIVO

A

B

C

D

E

J

L

M

N

O

P

Q

R

S

T

U

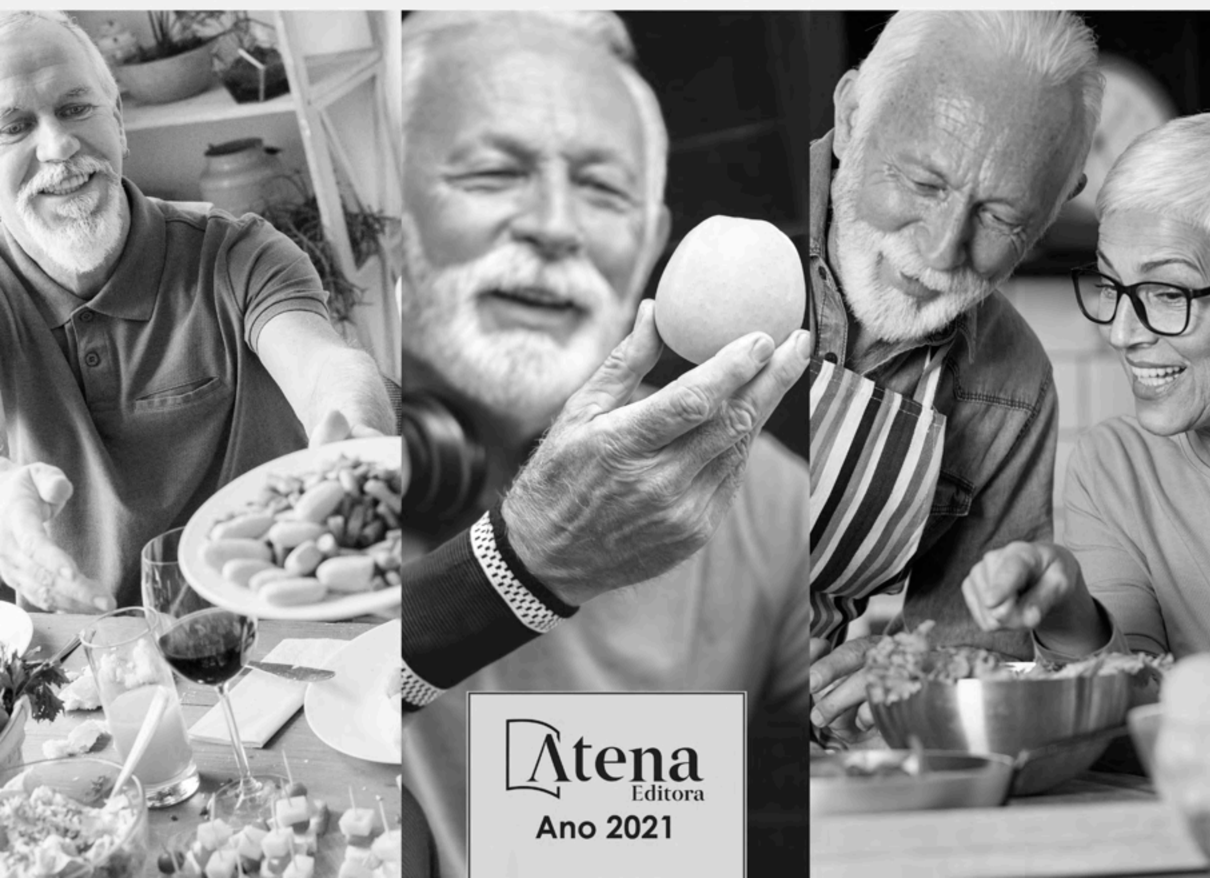
V

Z

Educação Alimentar Nutricional Gerontogeriátrica:

Baseada no Discurso do Sujeito Coletivo de Idosos com Síndrome Metabólica

www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br
@atenaeditora
www.facebook.com/atenaeditora.com.br



Educação Alimentar Nutricional Gerontogeriátrica:

Baseada no Discurso do Sujeito Coletivo de Idosos com Síndrome Metabólica

www.atenaeditora.com.br

contato@atenaeditora.com.br

@atenaeditora

www.facebook.com/atenaeditora.com.br

